

FACULTE DE MEDECINE DE CAEN

Année 1975

N° 215

THESE pour le DOCTORAT EN MEDECINE Diplôme d'Etat

CONTRIBUTION A L'ETUDE HISTORIQUE DU CONCEPT
DE PSYCHOSE CHEZ L'ENFANT.

Par

Madame PICAUD Jacqueline, née BLANCHETIERE
née le 9 juin 1947 à ARGENTAN

présentée et soutenue publiquement le **26 MAI 1975**

Président : M. le Docteur POILPRE, Professeur

FACULTE DE MEDECINE

PROFESSEURS

MM. EVRARD	Clinique chirurgicale A
FABRE	Physiologie
FERNANDEZ	Physique médicale
FOUCAULT	Pathologie expérimentale
GUIHARD	Pédiatrie
LACROIX	Clinique et pathologie chirurgicales B
LEMENAGER	Clinique médicale A
LEVY	Clinique obstétricale
LHIRONDEL	Clinique médicale infantile
MORIN	Séméiologie médicale
OLIVIER	Clinique médicale B
PHELINE	Anatomie
POULAIN	Médecine opératoire
ROUSSELOT	Anatomie pathologique
SAVINI	Pharmacologie
VALLA	Médecine générale et thérapeutique
VILLEY	Clinique médicale C

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. DROSDOWSKY	Biochimie médicale
IZARD	Histologie et Embryologie
MOREL Claude	Bactériologie, Virologie
POILPRE	Psychiatrie
THERET	Histologie et Embryologie
VENEZIA	Pédiatrie-génétique

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM. ADAM	Neuro-chirurgie
BAZIN	Thérapeutique, réanimation médicale
BEUVE-MERY	Médecine interne
BEZARD	Chirurgie générale
DAVERNE	Electro-radiologie
Mle DENIZET	Radiologie
DESCHAMPS	Dermatologie
GAUBERTI	Médecine préventive et santé publique, Hygiène
GIGNOUX	Chirurgie générale
LECHEVALIER	Neurologie
LEYMARIE	Biochimie médicale
LOYAU	Rhumatologie
MANDARD	Anatomie pathologique
MOREL Pierre	Psychiatrie d'adultes
MOULIN	Pharmacologie
MULLER	Gynécologie, obstétrique
QUESNEL	Anesthésiologie
THOMAS	Immunologie, Hématologie
ABBATUCCI	Radiologie (l'aitre de conférences associé).



A mes Parents,

A mes grands-Parents,

A Mlle,

A Bernard,

A François et à Julie,

A mes beaux-frères,

A mes deux frères, le docteur J.N. PICARD,

A Marie-Alice,

A ma famille,

me témoignant de mon affection.

A mes Parents,

A mes Grands-Parents,

A Nadine, le Professeur VOLLET,

A mon beau-père,

A mon beau-frère, le docteur J.M. PICAUD,

A Marie-Alice,

A ma famille,

en témoignage de mon affection.

A Monsieur le Professeur POILPRE,

A Monsieur le Professeur GUICHARD,

Respectueux témoignage de notre
reconnaissance pour l'ensei-
gnement que vous nous avez
prodigué et l'honneur que vous
nous faites en acceptant la
présidence de notre thèse.

A Monsieur le Professeur GUIHARD,

Nous vous remercions d'avoir
accepté de porter un
jugement sur ce travail.

A Monsieur le docteur P. MOREL,
Maître de conférence Agrégé,

Nous avons eu l'honneur d'être
votre interne et avons
apprécié l'enseignement
que vous nous avez prodigué
avec tant de bienveillance.

A Monsieur le docteur R. GIRARD,
Médecin-chef du service de
Psychiatrie Infantile à
l'hôpital du Bon Sauveur de
Caen,

Vous avez bien voulu faire de
nous un de vos collaborateurs.
Veuillez trouver ici l'expres-
sion de notre profonde gratitude
et de notre respectueux attachement

PLAN

I. INTRODUCTION

II. LES DONNEES DES CLASSIQUES :

- avant Kraepelin
- Kraepelin
- la dementia praecocissima et la dementia infantilis
- Bleuler et l'école allemande
- l'école soviétique

III. LES APPORTS DE MELANIE KLEIN - ANNA FREUD - WINNICOT ET SPITZ

IV. LES TRAVAUX ANGLO-SAXONS

V. LES CONCEPTIONS FRANCAISES :

- Heuyer et l'Ecole de Paris
- L'école psychanalytique de Paris
- l'école Freudienne de Paris

VI. CONCLUSIONS

-I-

I N T R O D U C T I O N

Une très grande confusion de termes à compliqué la notion de psychose chez l'enfant depuis que, longtemps cantonnée à l'étude des arriérations et des encéphalopathies, la psychiatrie infantile s'est intéressée à l'étude de troubles plus fins ainsi qu'aux formes plus complexes mais aussi plus mouvantes de la pathologie de l'enfant.

Cette confusion nous paraît être secondaire, d'une part, à l'impossibilité de superposer la nosologie classique de la psychiatrie d'adulte à la clinique pédo-psychiatrique, d'autre part à une nécessité méthodologique différente de celle de la séméiologie médicale habituelle, en ce sens que, en matière de pathologie pédo-psychiatrique, aucun signe pathognomonique ne permet de poser, à coup sûr, un diagnostic irréfutable et précis.

C'est ainsi que des termes comme ceux de schizophrénie infantile, psychose infantile ou dysharmonie évolutive, ont une signification différente selon les auteurs qui les utilisent mais prennent une place de plus en plus importante dans la pathologie de l'enfant, suscitant des discussions passionnées, sinon passionnantes.

Le but de ce travail est de suivre les voies qui ont permis d'aborder la question des psychoses de l'enfant à

travers un historique qui nous conduira à des conceptions d'une part, mettant l'accent sur le développement spécifique de la personnalité de l'enfant , permettant de ne plus le considérer comme un adulte en miniature, d'autre part étudiant les troubles de la structuration progressive de l'enfant, elle-même sous la domination de situations successives liées à l'évolution endogène et relationnelle.

- II -

LES DONNEES DES " CLASSIQUES " .

La première étape se situe entre le XIXe siècle et le début du XXe siècle.

Durant cette période, plusieurs mouvements se succéderont ou se juxtaposeront jusqu'à converger avec la naissance de la notion de schizophrénie.

Le XIXe siècle met en évidence une dichotomie entre un mouvement éducatif en dehors des murs de l'asile et des mesures d'assistance intra-asilaires.

1) Le mouvement éducatif hors de l'asile :

De nombreux enfants étiquetés atteints de "déficiences mentales" ou de "troubles du caractère" étaient pris en charge en dehors de l'asile par des éducateurs ou des pédagogues qui tentent de les éduquer.

Il est remarquable de noter que la première observation, concernant un cas de psychiatrie infantile, est celle d'un enfant chez qui, à posteriori, on poserait le diagnostic de psychose infantile.

Il s'agit de Victor, "le sauvage de l'Aveyron" découvert dans le courant de printemps de l'an VI de la République (1798) par des paysans de la région de Lacauene.

Réclamé à Paris par "la Société des Observateurs de l'Homme", il est examiné par SICARD, instituteur des sourds-muets et PINEL qui pose le diagnostic d'arriéré imbécile, "voué à l'idiotie", et pris en charge durant 5 ans par ITARD qui relatera avec précision ses efforts éducatifs.

Victor "se balançait sans relâche comme certains animaux de la ménagerie, mordant et égratignant ceux qui l'en-
nuyaient, ne témoignant aucune affection à ceux qui le servaient ;
enfin, indifférent à tout , il ne donnait de l'attention à rien".

Sans réaction au bruit du pistolet, il se retournait au craquement d'une noisette ; il prenait la main des adultes pour leur montrer ce qu'il désirait ; il n'acceptait aucun changement et se souvenait, avec précision, de la place respective des objets meublant sa chambre, reniflait et tâtait vêtements et étoffes etc...

Cinq ans de rééducation intensive ne devaient apporter que de piètres résultats ; capable de réaliser certaines performances, il ne parla cependant jamais.

Le travail éducatif d'ITARD devait inspirer de nombreuses autres réalisations : tels les travaux de BELHOMME, auteur d'une thèse "Essai sur l'idiotie" (Paris, 1823) ;

la création en 1828, à Bicêtre, par FERRUS, d'une école pour anormaux ; celle, en 1831, de l'école de FALRET à la Salpêtrière, et, en 1834 de l'établissement orthophrénique de Felix VOISIN.

SEGUIN, en 1845, fonda la première école de rééducation, puis, en 1850, s'installa, en Amérique, où il fonda plusieurs écoles mettant en application les méthodes décrites dans son traité sur "le traitement moral des idiots et autres enfants arriérés". Mais son oeuvre restera celle d'un éducateur sans souci nosographique précis.

2) La prise en charge à l'asile :

Parallèlement, étaient étudiés, à l'asile, les états d'invalidité les plus graves, mais les conditions de prise en charge étaient telles, à l'époque, que toute forme évolutive placée, dans ce cadre sclérosant, ne pouvait qu'aboutir rapidement à une fixation dans un état déficitaire important.

Toute la pathologie mentale de l'enfant est, à cette époque, placée sous le signe de la déficience intellectuelle.

En 1834, ESQUIROL démembre l'idiotisme de PINEL en le séparant en "idiotie congénitale", chronique et accidentelle, et en "démence acquise", selon la célèbre métaphore

"le dément est un riche devenu pauvre ; l'idiot a toujours été dans l'infortune et dans la misère".

La majorité des aliénistes se cantonneront alors, dans des travaux centrés sur l'anatomoclinique, la recherche de l'étiologie et l'appréciation du degré d'efficiencie, le problème se figeant encore davantage avec l'avènement de la psychométrie.

Ainsi, MOREL, en 1860, oriente sa classification des troubles mentaux selon des critères étiologiques. Il englobe la plupart des troubles mentaux dans le vaste concept de dégénérescence en réunissant " les déséquilibrés, les dégénérés héréditaires présentant des signes de manie instinctive, de folie morale".

On lui attribuera la paternité du terme "démence précoce", tableau décrit chez des sujets jeunes "tarés congénitaux versant, peu à peu, dans un état d'affaiblissement intellectuel avec production de phénomènes intercurrents de stupidité".

Cet état de "stupidité passant à la démence", il le rapporte notamment dans une observation d'un enfant issu d'une famille de "dégénérés" dont le premier développement avait été normal et qui s'enfonça dans un état d'idiotie.

MAGNAN et son élève LEGRAIN remarquent que l'histoire des sujets dégénérés peut s'émailler d'épisodes délirants "ces bouffées délirantes marquées du sceau de l'intermittence se rencontrent particulièrement chez des débiles et chez des adolescents mais paraissent exceptionnelles chez l'enfant".

En 1863, KAHLBAUM décrit la "paraphrenica hebetica" apparaissant au moment de la puberté ; et son élève, HECKER isole, en 1871, l'hébéphrénie survenant chez des jeunes gens, associant, avec accès successifs, un affaiblissement mental rapide, des troubles du langage, un maniérisme.

Quelques années plus tard, KAHLBAUM appelle catatonie, ou folie avec tension musculaire, une entité clinique caractérisée par un affaiblissement mental et des troubles de l'activité musculaire (hypertension musculaire, opposition, conservation des attitudes).

Il séparera des déments précoces, les hébéphréniques, sujets dont le déficit moral l'emporte sur le déficit intellectuel et qu'il rapprochera des pervers déséquilibrés.

En 1888, MOREAU (de Tours) applique, à l'enfant, les idées de la psychiatrie adulte de l'époque, centrées sur la notion de dégénérescence.

Dans son traité "Folie chez l'enfant", il affirme que la folie

est rarissime avant la puberté, réduite à des phénomènes aigus transitoires (par exemple, toxi-infectieux), ou expression d'une maladie neurologique comme l'épilepsie.

Il ne reconnaît pas l'idiotie acquise : "on est édit, on ne le devient pas".

Cependant, il décrit quelques observations d'enfants qui, après avoir eu un développement normal, " perdent l'esprit et végètent misérablement dans des maisons d'aliénés en proie à une démence incurable, qui, sans délire succédant à une affection aigüe, voient leur intelligence s'affaiblir, les notions acquises devenir moins nettes, et tomber dans un état qui simule l'imbecillité, l'idiotie, la démence".

Le premier précurseur pressentant que la folie, chez l'enfant, n'est pas assimilable à celle de l'adulte, en ce sens qu'elle intéresse un être en voie de formation et non un sujet organisé de façon durable, est peut-être GRIESINGER, lorsqu'il écrit en 1845 : "la folie systématisée est exceptionnelle chez l'enfant car le moi n'est pas formé à cet âge de manière stable, de sorte qu'il ne peut présenter une perversion durable ; les idées délirantes ne peuvent s'emparer de l'esprit de l'enfant tant il est mouvant. Quant à l'excitation prolongée, au cours des maladies mentales primitives, elle peut conduire à un état de démence totale. L'intelligence n'étant pas encore développée, les troubles mentaux

produisent de véritables arrêts du développement alors que, chez l'adulte, ils amènent plutôt un état de démence partielle".

EMMINGHAUS, en 1887, et SHONTAL, en 1892, affirment que l'on ne peut assimiler les affections psychiatriques survenant chez des sujets immatures et celles apparaissant chez des adultes ou même des adolescents.

BOURNEVILLE, quant à lui, essaiera, dans une certaine mesure, d'allier l'éducation hors de l'asile et le système de prise en charge intra-asilaire : médecin de Bicêtre, il y organisera un service d'enfants arriérés, où la prise en charge était à visée pédagogique. Parallèlement, il mettait sur pied des questionnaires destinés à "éclairer l'observateur sur les qualités et les déficiences de chaque sujet".

3) L'apport de KRAEPELIN :

A partir de 1883 jusqu'en 1927, date de la neuvième et dernière édition de son "KOMPENDIUM DER PSYCHIATIE", le professeur munichois Emil KRAEPELIN a constitué une entité morbide réunissant la démence des jeunes gens de MOREL, l'hébéphrénie de HECKER et la catatonie de KAHLBAUM, en une maladie unique : la dementia praecox.

Aux variétés hébéphrénique et catatonique, il ajoute une variété paranoïde, la fusion de ces trois formes étant justifiée par la communauté d'un critère évolutif et déficitaire : l'affaiblissement démentiel progressif (Verblödung) chez des sujets encore jeunes, cet affaiblissement mental portant plus sur l'affectivité et la vigueur que sur l'intelligence.

Il recherche, dans les antécédents de ses malades, étiquetés déments précoces, des signes pathologiques qui auraient pu laisser prévoir une telle évolution, et estime, à 3,5 % des cas, la proportion de démence précoce ayant débuté avant l'âge de 15 ans, notant que certains enfants, de par leur comportement, paraissent être prédisposés.

D'autre part, il met en évidence que, chez des sujets débiles, il existe une possibilité de détérioration profonde liée à une hébéphrénie greffée sur l'arriération.

4) La dementia praecocissima et la dementia infantilis :

En 1905, SANCTE DE SANCTIS propose au Ve Congrès de la Société Internationale de Psychologie, réuni à Rome, le terme de "dementia praecocissima" : "nous avons pu observer des arrêts, voire des régressions éducatives, chez des enfants non cérébropathiques, âgés d'environ 11, 12 ou 13 ans.

Or, dans quelques uns de ces cas, mais également dans des cas d'enfants phrénasténiques aparétiques, entre 6 ou 8 ans, que notre diagnostic avait défini comme ayant une mentalité vésanique, nous nous sommes demandés s'il n'y aurait pas lieu de diagnostiquer une forme d'hébéphrénie, c'est-à-dire de *dementia praecocissima*".

La symptomatologie de cette démence précocissime est polymorphe et varie selon l'âge :

- chez les enfants les plus jeunes, dominant les altérations de la psychomotricité et du langage. Il publie, en 1908, l'observation d'un enfant de 3 ans chez lequel le diagnostic de catatonie lui paraît indiscutable : il s'agit d'un enfant qui, après un premier développement normal, a présenté des troubles du comportement, un syndrome cataleptique bien caractérisé : négativisme, stéréotypies dans l'activité de jeu, indifférence, apathie. Ce syndrome était apparu à la suite d'un traumatisme émotif violent : la mère, en se précipitant pour sauver sa fille qui traversait la rue et risquait d'être écrasée, avait été tuée sur le coup par un tramway.

- plus tard, on peut observer des troubles du comportement (agressivité, impulsions...) et parfois des troubles psychosensoriels.

- plus tard encore, les idées délirantes.

Le début peut être très précoce (2 ans et demi, 3 ans) avec des manifestations tantôt effacées, tantôt tumultueuses.

Toutefois, il n'observe jamais de symptômes de déficit moteur à caractère paralytique, ou de déficit du langage du type aphasique, ou d'épilepsie. L'examen histologique du cerveau n'a jamais donné de repères spécifiques..

D'après des auteurs italiens modernes, tels CAMPAILLA, BOLLEA, GIORDANO, FERRARI, la "dementia praecocissima" de SANCTE DE SANCTIS, marque le début de l'histoire de la schizophrénie infantile.

Cette prise de position, fut, depuis, contestée, en particulier par MISES qui voit la démence précocissime comme assimilable, jusque dans sa symptomatologie, à la démence précoce de KRAEPELIN, faisant remarquer le caractère artificiel, chez l'enfant, d'un tableau clinique associant délire, hallucination, catatonie, qui serait un simple décalque de la pathologie de l'adulte.

De même, LEOVICI affirme, en 1951, que l'ensemble décrit par SANCTE DE SANTIS ne s'observe jamais : " cela s'explique parce que chez l'enfant, avant 10 ans, un tel tableau avec catatonie et délire, surtout au sens de l'adulte, est inconcevable, en raison de la structure pathologique qui caractérise les enfants à ce stade du développement".

HELLER, en 1908, décrit sous le nom "dementia infantilis", ce qu'il pense être une entité clinique qu'il veut différencier des démences infantiles décrites auparavant.

Il publie 6 observations de dementia infantilis où, après un développement psychique et physique harmonieux, ces enfants, vers l'âge de 3 ou 4 ans, se détériorent progressivement ou par poussées, sur le plan psychique, pour aboutir, en quelques mois, à un état de démence irréversible.

Les premiers troubles observés sont habituellement des troubles de la parole de tous ordres et mal systématisés - écholalie, bégaiement, refus de parler, mutisme, déformation du langage qui devient incompréhensible - .

S'y associent des troubles du comportement à type d'agitation permanente et incoercible, de stéréotypies, d'anxiété - s'exprimant par des pleurs, des cris, des colères brutales et classiques - d'un désintérêt total pour la famille, d'une inaffectivité absolue, de conduites régressives - malpropreté, encoprésie, énurésie - , enfin d'"hallucinations terrifiantes".

Il n'existe aucun signe d'atteinte somatique et en particulier aucun signe de localisation neurologique.

HELLER fut frappé par la minique et le facies de ces enfants dont l'expression intelligente contraste avec celle de l'idiot dont ils ont le comportement.

Il distinguera la Dementia Infantilis, d'une part, de la démence précoce du fait de l'âge des malades (3 à 4 ans), de la rapidité de l'évolution démentielle et de l'importance des troubles de la parole ; d'autre part, des autres démences infantiles d'étiologie connue, du fait de l'absence de signes somatiques neurologiques.

Par la suite, on discutera longuement de l'origine primitive ou encéphalopathique de la dementia infantilis, car plusieurs cas de démences de HELLER autopsiées se révélèrent être des dyslipidoses (maladies de TAY-SACHS, ou maladie de SPIELMEYER-VOGT).

VOGT, en 1909, niera l'existence de l'entité démence infantile précoce décrite auparavant ; il décrit des démences infantiles chez des enfants de plus de 12 ans mais estime que l'on ne peut parler de démence infantile avant 12 ans.

WEYGANDT et ZAPPERT recherchent, à la même époque, des critères permettant de distinguer des démences infantiles d'apparence cryptogénétiques, des autres démences infantiles organiques ou toxi-infectieuses.

Leur dementia infantilis reste très semblable à celle décrite par HELLER associant : une intégrité du développement psychomoteur

l'apparition brutale de troubles du langage aboutissant à un langage déformé et incompréhensible et de graves perturbations du comportement

avec agitation incohérente et incoercible entrecoupée de phases de mutisme.

Le tableau est complété par l'existence de perturbations affectives profondes (détachement de la famille et des jeux), de troubles instinctifs (négligence, malpropreté, "incontinence"), d'une atteinte intellectuelle (difficulté de l'attention, arrêt de l'acquisition de connaissances nouvelles, perte de l'acquit), aboutissant à un état de démence complète malgré l'aspect intelligent du visage.

Contrastant avec la gravité du tableau mental, l'état somatique est conservé.

5) BLEULER et l'école allemande : la naissance de la notion de schizophrénie :

La notion de schizophrénie apparaît au début du XXe siècle.

Il ne s'agit plus, alors, d'étiqueter les formes cliniques d'une maladie mais de rattacher à un cadre, un groupe d'états morbides variés reliés par l'existence d'une structure psychologique commune.

Le dénominateur commun de ces états ne peut plus être la démence, aboutissement possible d'un processus évolutif, mais un trouble psychique fondamental, appelé discordance par CHASLIN, ataxie intrapsychique par STRANSKI, et dislocation

(SPALTUNG) de la vie psychique par BLEULER.

E. BLEULER écrit, en 1911, dans son ouvrage "Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien" : "je nomme démence précoce : schizophrénie, parce que, comme j'espère le démontrer, la dislocation (Spaltung) des diverses fonctions psychiques est un de ses caractères les plus importants. Pour la commodité, j'emploie le mot au singulier, bien que le groupe comprenne vraisemblablement plusieurs maladies".

Et plus loin, "par démence précoce ou schizophrénie, nous désignons un groupe de psychoses qui évoluent soit chroniquement soit par poussées qui peuvent s'arrêter à chaque stade de leur évolution et régresser, mais sans restitution ad integrum complète. Elles sont caractérisées par une altération de la pensée, des sentiments et des rapports avec le monde extérieur, d'un mode spécifique ne se présentant nulle part ailleurs".

La dissociation entre l'atteinte de la sphère instinctivo-affective et la conservation des fonctions intellectuelles représentaient un signe majeur et dit "primaire", des schizophrénies, alors que nombre de symptômes dits "secondaires" peuvent varier avec chaque individu en relation avec ses conflits actuels ou anciens, et sont l'expression symbolique des complexes inconscients. BLEULER ouvre donc là, une nouvelle dimension : celle de la psychologie de l'incons-

cient qui pouvait s'ajouter aux analyses purement descriptives de KRAEPELIN.

BLEULER n'élimina pas, du champs de ses investigations, le problème du début de la schizophrénie et des prodromes de la maladie : "il est certain que, dans beaucoup de schizophrénies, on peut relever des traces qui remontent aux premières années de la vie et que ces signes avant-coureurs font partie du tableau clinique d'au moins 5 % des cas".

Les formes de début insidieuses sont confondues avec les formes latentes rencontrées chez des sujets qui n'aboutiront pas à une schizophrénie confirmée ; cette notion d'états dégradés devait prendre une importance plus grande dans les études caractériologiques basées sur la notion de constitution.

C'est KRETSCHMER qui fonde sa description de la schizophrénie sur l'existence d'un caractère "schizoïde" qui se combine à des facteurs de complément.

L'articulation entre le passé du malade et les manifestations cliniques décrites est résolue par la notion de constitution prédisposante.

L'éclosion des troubles est, pour KRETSCHMER, liée à des facteurs endogènes ou exogènes.

La schizophrénie ne résulte pas d'un accident mais s'inscrit dans la lignée du développement : la maladie est l'accentuation du tempérament schizoïde marqué par une humeur renfermée qui devient "isolation", tandis que l'inhibition et l'impulsivité aboutissent à l'inadaptation sociale et que la profondeur méditative, la tendance auréve et à l'abstraction deviennent esprit de système, rationalisme morbide et idéalisme rigide (H. EY).

Dans cette hypothèse génétique, la constitution prédisposante représente la combinaison de particularités héréditaires, d'actions du milieu et des réactions du sujet.

L'application à l'enfant des concepts bleulériens posa alors la question des limites de la schizophrénie.

Les observations des auteurs post-bleulériens, en particulier de BUMKE (1924), HOMBURGER (1926) et MAYER-GROSS (1932), mettront l'accent sur le caractère exceptionnel du délire et des hallucinations chez l'enfant pathologique, mais par contre sur la profondeur des troubles de l'affectivité.

MAYER-GROSS insistera, particulièrement, sur les difficultés que comporte l'application de la terminologie psychiatrique adulte à l'enfant.

En 1937, LUTZ, dans le même esprit que BLEULER, fait une revue critique de la littérature et une synthèse sur la notion de schizophrénie infantile.

Ses travaux visent à maintenir la pureté du concept.

Les affirmations de KRAEPELIN et de BLEULER, selon lesquelles certains de leurs malades le sont depuis l'enfance, paraissent à LUTZ formelles et indiscutables puisqu'elles se fondent sur le critère de l'évolution terminale.

Il pose le problème de la délimitation, chez l'enfant, des démences organiques et de la pseudo-démence schizophrénique, éliminant ainsi la plupart des cas de démence rapportés par SANCTE DE SANCTIS et HELLER, ceux-ci comportant des symptômes disparates apparaissant sur un fond d'encéphalopathie.

Éliminant ainsi tous les cas qui touchent à l'encéphalopathie, il finit par ne retenir, dans la littérature, que 14 cas indiscutables sur les 60 observations publiées, auxquelles il ajoute 6 observations personnelles, soit au total 20 cas de schizophrénie infantile, dont 10 apparus avant l'âge de 6 ans, et 10 apparus entre 6 et 10 ans.

Prenant comme limite supérieure d'âge, 10 ans, il élimine donc du cadre de la schizophrénie de l'enfance, les schizophrénies de la pré-puberté, d'une symptomatologie déjà proche de celle de l'adulte.

Pour LUTZ, le critère de schizophrénie infantile repose sur la constatation d'une inflexion de la courbe ascendante théorique que l'on pourrait tracer du développement psychique de l'enfant ; cette inflexion (déjà décrite par TRAMER) aboutissant à la Verblödung schizophrénique durant l'enfance.

Pour poser le diagnostic de schizophrénie infantile, il finit par retenir 6 critères impératifs :

- affection acquise sans soupçon d'encéphalite antérieure.
- processus rompant l'harmonie du développement (inflexion de la courbe ascendante théorique du développement psychique).
- apparition avant l'âge de 10 ans.
- impossibilité d'en faire le diagnostic avant l'âge de 2 ou 3 ans.
- évolution d'une seule tenue marquée parfois de rémissions légères, ou par poussées entrecoupées de rémissions presque complètes, mais n'en aboutissant pas moins à la démence.

- symptomatologie de type bleulérien comportant des troubles primaires de l'affectivité et de l'idéation.

Il place, au premier plan, les troubles du contact (indifférence, refus du contact, repli vers un monde intérieur, autisme, isolement, rêve) et les troubles du langage importants et précoces, surtout avant l'âge de 6 ans (appauvrissement du langage jusqu'au mutisme):

Pour LUTZ donc, les formes cliniques de la schizophrénie infantile ne peuvent se superposer à celles de l'adulte : les manifestations de la série paranoïde étant pratiquement inexistantes - en particulier dues au fait que l'imaginaire et le réel étant confondus chez l'enfant, celui-ci ne peut présenter ni des hallucinations vraies, ni un délire - , les syndromes d'allure hébéphrénique ou catatonique ne se superposant pas à l'hébéphrénie ou à la catatonie de l'adulte.

Il identifiera deux formes cliniques :

- l'une stuporeuse, à début brutal vers 5 ou 6 ans, évoluant par poussées catatoniques vers un rapide état de pseudo-arriérations

- l'autre autistique, de constitution progressive, aboutissant, en une ou plusieurs poussées successives, à un tableau de dissociation.

Etudiant la fréquence de la schizophrénie infantile, LUTZ rappelle que 3,5 % des malades de KRAEPELIN et 5 % des malades de BLEULER étaient entrés dans la schizophrénie avant l'âge de 15 ans.

Il estime, quant à lui, à 1 % le nombre des malades entrés dans la schizophrénie avant l'âge de 10 ans, l'affection étant d'ailleurs plus fréquente chez les garçons que chez les filles.

Le diagnostic différentiel est, pour lui, celui des manifestations critiques normales à certains moments de l'évolution des enfants, ce qui ramène au problème de la non-valeur du symptôme, en tant que tel, chez l'enfant.

En fait, le diagnostic de schizophrénie infantile était rarement posé sur la symptomatologie pauvre et indifférenciée quant à ses aspects spécifiques, mais sur le processus rompant la ligne de vie de l'enfant, c'est donc le facteur temps, toute organicité étant éliminée, qui fait le diagnostic.

L. BISWANGER, dans une polémique qui l'a opposé à LUTZ, affirme que l'analyse existentielle de ses malades adultes, permet de retrouver, dans leur enfance, des états précédant, pendant de nombreuses années, les évolutions

hébéphrénique, catatonique ou paranoïde, états plus ou moins semblables à la névrose obsessionnelle, mais aussi à l'hystérie, à la neurasthénie ou à l'hypocondrie.

Ces états appartiennent, d'après cet auteur, à la maladie de BLEULER, et il les appelle formes polymorphes de la schizophrénie simple.

Depuis les travaux de LUTZ, il ne semble pas que les auteurs de langue allemande aient modifié leurs positions nosographiques, le problème du diagnostic précoce restant posé.

CORBOZ, de ZURICH, en a refait le point, il y a une dizaine d'années.

L'orientation, vers la recherche de facteurs organiques, fait distinguer, à VILLINGER, les schizophrénies, des pseudo-schizophrénies rencontrées au cours des atteintes lésionnelles du système nerveux.

Faute de critères cliniques précis, c'est l'évolution vers la régression intellectuelle qui fait poser le diagnostic de schizophrénie infantile.

6) L'école soviétique :

Les auteurs soviétiques - parmi lesquels il convient de citer SNEJNEVSKI et USCHAKOV - conservent la notion classique de schizophrénie.

Ils restent, encore aujourd'hui, attachés aux variétés de la clinique nosologique classique, décrivant :

- une forme simple
- une forme hébéphrénique
- une forme héboïdophrénique
- une forme paranoïde
- une forme périodique.

USCHAKOV, vers 1965, s'est attaché, plus particulièrement, à l'étude des stéréotypes évolutifs dans la schizophrénie, et propose une classification tenant compte des particularités de ces stéréotypes, du rythme de développement et de la possibilité d'arrêt aux diverses étapes du développement.

Par cette étude, il tente de différencier ce qu'il appelle "états schizophréniques" de la maladie schizophréniques.

- III -

LES APPORTS DE MELANIE KLEIN -

ANNA FREUD -

WINNICOT -

et SPITZ.

Avant de développer les différents travaux des chercheurs anglo-saxons et français, il nous paraît indispensable de donner un aperçu des études de Mélanie KLEIN, Anna FREUD, WINNICOT et SPITZ.

Bien que leur œuvre ait été souvent construite sans se préoccuper de communiquer avec la psychiatrie traditionnelle, ils n'en demeurent pas moins les précurseurs à partir desquels les différentes écoles aborderont la question de la schizophrénie infantile, par l'étude des troubles affectifs de l'enfant, en recherchant la signification du comportement en fonction du milieu environnant.

1) Les théories kleiniennes :

C'est Mélanie KLEIN qui a véritablement inauguré l'étude psychanalytique des psychoses de l'enfant, puisque S. FREUD ne s'est pas intéressé à l'enfant psychotique en tant que tel, mais à la genèse des psychoses de l'adulte selon l'évolution de l'organisation du Moi à partir de l'enfance.

Mélanie KLEIN a tout d'abord repris les travaux d'ABRAHAM, notamment sur la psychose maniaco-dépressive. Dans ses travaux postérieurs, elle met l'accent sur la relation d'objet et les mécanismes de défense du Moi.

Elle en arrive à poser, comme base de sa conception, que le noyau psychotique existe chez tout enfant : le Moi initial de l'enfant est un Moi clivé.

M. KLEIN admet, en effet, que le Moi se constitue dès le début de l'existence et que ce Moi se trouve clivé au regard de la bipolarité des pulsions : libido et instinct de mort.

Elle fonde cette affirmation sur l'existence, chez le nouveau-né, d'une certaine organisation fantasmatique, se référant, sur ce point, aux travaux de S. FREUD, sur la satisfaction hallucinatoire du désir, et notamment à son étude des deux principes du fonctionnement mental où FREUD décrit la manière dont le nourrisson hallucine la satisfaction éprouvée (chapitre VII de l'Interprétation des rêves).

Un Moi existerait donc, chez le nouveau-né, et les pulsions fondamentales vectrices de la libido d'une part, et de l'instinct de mort d'autre part, vont s'exprimer au travers des objets extérieurs qui seront, de ce fait, perçus comme bons ou comme mauvais objets :

- le bon objet est celui qui satisfait la pulsion et l'instinct

- le mauvais objet étant rejeté parce que menaçant et source d'angoisse ;

" les processus d'identification par introjection ou par

projection se présente comme deux processus complémentaires".

Le Moi initial est donc clivé entre le bon et le mauvais, et c'est ce jeu fondamental qui organise le développement de ce Moi clivé, noyau psychotique de tout sujet.

Dans les premiers mois de son existence, l'enfant vit ce que M. KLEIN appelle la " position schizoparanoïde " : les mécanismes projectifs sont, en effet, prévalents à ce stade où le nourrisson projette à l'extérieur et fixe, sur les objets partiels qu'il perçoit, tout ce qu'il ressent en lui-même comme mauvais.

Le premier objet partiel perçu étant le sein maternel ; le terme de sein devant d'ailleurs être pris au sens large, expression résumant le sein anatomique (de la mère ou d'une suppléante) ou ses substituts nourriciers.

S'il ressent comme mauvais les premiers objets partiels perçus, il s'efforce de ne pas les réintroduire en lui-même, ou du moins, les reprojettera indéfiniment, au prix, si besoin, d'un certain épuisement.

Cette projection réalise la première solution contre l'angoisse, permettant la mise à distance du mauvais qui devient persécuteur externe.

Simultanément, il projette à l'extérieur ce qu'il ressent comme bon, constituant ainsi un bon objet. De sorte que coexistent ainsi, par exemple, un bon sein et un mauvais sein persécuteur.

L'important à ce stade est, pour M. KLEIN, que le nourrisson se constitue un bon objet idéal, assez puissant et assez bon pour le mettre à l'abri des projections mauvaises et des persécuteurs externes.

Pour les psychanalystes kleinien, le processus d'idéalisation du bon objet est capital dans l'organisation de la psychose, où l'objet idéalisé est indifférencié du sujet lui-même, rendant compte d'un vécu mégalomane et des sentiments de toute puissance. Le mécanisme de l'identification projective sera également repris comme mode de défense privilégiée chez les psychotiques.

La structuration du Moi de l'enfant se poursuit au moyen d'un jeu complexe qui combine projection et introjection, ainsi, par l'identification projective, l'enfant reprend, en lui, les qualités du bon objet qui viennent renforcer son Moi.

Il accèdera, enfin, à la phase ultérieure que M. KLEIN appelle " la phase dépressive ", atteinte au milieu de la première année.

Lors de cette phase, l'unité de l'objet maternel est reconnue, ce qui entraîne la peur de perdre cet objet et le besoin de réparation à son égard.

L'ambivalence à l'égard de l'objet unique et la culpabilité qui en découle, nécessitent un travail d'élaboration qui s'appuie sur l'accession au langage et à la fonction de symbolisation, permettant l'intégration définitive du Moi, en regard de l'objet unifié.

Cette phase, une fois dépassée, conduit à l'entrée dans les stades précoces de l'Oedipe.

D'après les psychanalystes kleinien, c'est à cette phase dépressive qu'échoue le Moi psychotique qui demeure clivé avec une prévalence des projections et des processus d'idéalisation et de toute puissance.

2) Les apports d'Anna FREUD :

Si l'on peut faire à Sigmund FREUD, la critique d'avoir déduit la psychologie de l'enfant de celle de l'adulte, ^{la} on ne peut faire à A. FREUD qui a pratiqué l'observation psychanalytique directe de l'enfant.

A. FREUD fait la part de ce qui appartient à ce qui, chez l'enfant, peut être considéré comme normal, et la part de ce qui est déjà pathologique.

Ce qui doit être considéré comme pathologique chez l'adulte ne l'est pas obligatoirement chez l'enfant.

Elle met en évidence quatre domaines où joue une différence entre l'enfant et l'adulte, où l'enfant "peut entendre de travers" les actes de l'adulte :

- l'égoïsme qui gouverne les relations de l'enfant avec le monde objectal : l'objet, c'est-à-dire le personnage maternel, n'est, au départ, pas perçu par l'enfant comme doté d'une existence propre, mais seulement fonction du rôle qui lui est assigné dans le cadre des besoins et des désirs de cet enfant.

En conséquence, ce qui arrive à l'objet ou du fait de l'objet, est compris en termes de satisfactions ou de frustration de ces désirs, auxquels il répond sous forme d'une tendance revendicatrice excessive ou sous forme d'un retrait affectif.

- l'immaturité de l'appareil sexuel infantile qui ne laisse, à l'enfant, d'autre choix que celui de traduire en termes pré-génitaux les événements qui concernent le domaine génital adulte.

- la relative faiblesse du processus secondaire de la pensée face à la force des impulsions et des fantaisies : les modes de pensée sont donc dominés par les fantasmes et les affects.

- la relativité de l'évaluation du temps : les pul-

sions du ça ne tolèrent ni délai, ni attente; le délai et l'attente sont introduits par le Moi qui, par interposition des processus de pensée, ajournent l'action.

La manière dont un enfant perçoit une période de temps donnée, dépendra de la dominance, dans les relations intrasubjectives, du ça et du Moi sur son fonctionnement mental.

A. FREUD étudiera, également, la régression, principe du développement normal.; tandis qu'une partie de l'énergie pulsionnelle va de l'avant, une autre, d'importance variable, reste en arrière, s'accroche à des buts et des objets plus précoces, et crée des points de fixation qui peuvent s'accompagner d'un degré variable de conscience ou de refoulement. Ils ont pour fonction de lier et de retenir les énergies pulsionnelles.

Au niveau du Moi, des régressions temporaires sont normales et on doit tenir pour normaux des retours épisodiques à des comportements plus infantiles.

Mais, contrairement à la régression de la pulsion, la marche rétrograde, dans la ligne du Moi, ne ramène pas à des positions précédemment établies car il n'existe pas de point de fixation. Cette marche refait le chemin qui a été parcouru au cours du développement.

En résumé, les régressions des pulsions, comme celles du Moi et aussi du Surmoi, sont des processus normaux qui trouvent leur origine dans la souplesse de l'individu en voie de

maturation. Ces régressions servent, en même temps, l'adaptation et la défense, en aidant à maintenir un état normal.

Se penchant sur la pathologie de l'enfant, A. FREUD constate que la ligne de démarcation entre la santé mentale et la maladie est beaucoup plus difficile à tracer chez l'enfant que chez l'adulte, et en particulier que les critères de gravité communément employés chez l'adulte ne sont pas valables pour les enfants sans y apporter d'importantes modifications :

- la formation du symptôme n'a pas la même signification qu'à l'âge adulte ; alors que chez l'adulte, la plupart des inhibitions, des symptômes et des angoisses sont pathologiques, ils ne paraissent être, chez l'enfant, que l'effet de tensions et de stress inhérents au développement lui-même. Souvent, la résolution, dite spontanée, prépare simplement la voie pour un nouveau type de difficultés qui se développent à un stade ultérieur. Souvent, aussi, elles disparaissent, non sans laisser un point faible qui joue un rôle dans la formation des symptômes à l'âge adulte.

- chez les enfants, la souffrance, la détresse, occasionnées par les symptômes, ne constituent pas un bon élément pour établir la présence ou l'absence de processus pathologiques, ni pour juger de leur sévérité.

Les enfants souffrent moins de leurs symptômes que l'adulte - à l'exception des attaques d'angoisse qu'ils ressentent de manière très aigüe - .

En conclusion, les enfants de tout âge devraient avoir le droit de se conduire de temps en temps en dessous du niveau de leurs aptitudes potentielles sans qu'on les traite, automatiquement, d'enfants retardés, régressés ou inhibés. Certains troubles peuvent être tenus pour des phénomènes naturels tant que les processus fondamentaux restent intacts. On doit les prendre pour pathologiques dès que le développement, lui-même, est affecté, dès qu'il y a ralentissement, régression ou arrêt de son cours.

3) La conception de WINNICOT :

Elle mérite d'être rapportée, par son apport original, le concept de l'unité mère-enfant, c'est-à-dire les relations du début de la vie où le rôle de la mère est capital en raison de la dépendance complète de l'enfant.

WINNICOT reprend la notion freudienne de traumatisme, qui résulte pour lui de l'inéluctable séparation biologique, lors de la naissance, entre la mère et l'enfant. Ce traumatisme fondamental va se trouver constamment réactivé par les perturbations émanant du milieu environnant de l'enfant, et pour que celui-ci soit en mesure d'organiser son Moi, il est nécessaire que la mère se constitue en relais, de manière à poursuivre une unité avec l'enfant, qui le mette à l'abri d'un excès de perturbations et lui permette de se constituer dans une certaine continuité.

Durant la période du narcissisme primaire, l'empathie de la mère et de l'enfant, et les soins dispensés par elle, sont essentiels.

WINNICOT insiste longuement sur les qualités qui font qu'une mère peut permettre au Moi de son enfant de s'organiser suffisamment ; il s'agit, pour elle, de bien sentir la dose d'excitation possible, non destructurante pour le Moi de l'enfant, et de veiller à ce qu'elle ne soit jamais trop forte. La mère doit, notamment, s'efforcer de réduire ce en quoi elle constitue elle-même une source de perturbations, et ceci grâce à une attitude aussi constante que possible de "maintien" (holding) de la situation entre elle et son enfant.

WINNICOT étudie donc les manifestations au sein du couple mère-enfant, prolongement psychologique de la phase biologique de symbiose in utero. Et, puisque "l'enfant est sa mère, et que la mère est l'enfant", il présume que cette phase psychologique commence vers la fin de la vie in utero, avant la naissance. Sa conception considère donc le narcissisme de l'enfant comme le prolongement de celui de la mère.

La phase de dépendance doit être suffisante en durée et en intensité pour assurer les investissements d'organes par la mère : l'enfant en tire son image corporelle ; en prenant possession de la fonction de l'environnement, l'en-

fant prend possession de lui-même.

L'inadéquation de la mère à son nourrisson et sa conséquence : le traumatisme narcissique, peuvent se manifester dans deux directions :

- soit l'enfant est soumis à des excitations trop fortes et va en subir l'impact à l'intérieur de son "Soi" initial - figuré sous une forme protoplasmique - , réalisant autant d'enclaves et de déformations qui compromettent ses capacités d'intégration et d'expansion ultérieures.

Il faut noter, ici, que le "Soi" dont parle WINNICOT, est antérieur au Moi proprement dit, et constitue l'ébauche de ce qui permettra de faire face aux excitations de l'extérieur et à la pression pulsionnelle interne, en sauvegardant l'unité et la continuité de sa personne.

- soit l'enfant est soumis à des excitations trop contraignantes, donc perturbatrices, et va s'organiser ce que WINNICOT appelle un "faux self" qui constitue non pas une régression mais une non-évolution.

Il caractérise ce "faux self" par une intégration impossible et l'instauration d'un comportement aliéné visant à se conformer aux exigences de l'extérieur mais sans aucune relation avec l'intimité du sujet lui-même qui ne s'y reconnaît pas.

4) Les travaux de SPITZ :

Ses études sont basées sur le concept freudien du nourrisson en tant qu'organisme psychologiquement indifférencié, nanti à la naissance d'un outillage congénital et de certaines dispositions (Anlagen), et d'où diverses fonctions et structures, de même que les pulsions instinctuelles, émergent progressivement.

De cet état de non différenciation chez le nouveau-né, il ressort que le Moi n'existe pas, en tant que tel, à la naissance.

La différenciation ultérieure est la conséquence de deux processus distincts :

- la maturation : épanouissement de fonctions, organes, conduites, phylogénétiquement acquis donc propres à l'espèce, qui émergent au cours du développement embryonnaire ou qui sont maintenus en tant qu'Anlagen après la naissance, pour se manifester dans les étapes ultérieures de la vie.

- le développement : apparition de formes, de fonctions et de conduites, qui sont le résultat d'un échange entre l'organisme, d'une part, et l'environnement, l'entourage, le milieu extérieur et intérieur, d'autre part.

Etant donné l'état de non différenciation où le nourrisson se trouve à la naissance, il n'y a pas, dans son monde, d'objet ou de relation d'objet.

L'un et l'autre se développeront progressivement au cours

de la première année et c'est vers la fin de cette période que le véritable objet libidinal s'établit.

SPITZ, dans une série de travaux qui s'étageront entre 1946 et 1957, décrit comment s'établit la relation objectale :

a) le stade pré-objectal ou sans objet : il coïncide avec celui du narcissisme primaire, stade de non différenciation.

A ce stade, le nouveau-né ne peut faire la différence entre son propre corps et une chose (extérieure), et ne ressent pas l'environnement comme séparé de lui-même.

De plus, le nouveau-né, en lui-même, n'est ni différencié, ni même organisé.

C'est vers la fin de la première semaine qu'il commence à répondre à des événements spécifiques : le premier à déclencher une réponse est du domaine d'un changement dans l'équilibre.

Ce n'est qu'au début du 2e mois qu'il reconnaît le signal nourriture, et seulement lorsqu'il a faim ; lorsqu'il crie parce qu'il a faim, il ne reconnaît pas le mamelon qu'il a en bouche et continue à hurler.

A cet âge, toute personne qui s'approche de lui, commence à occuper une place unique parmi les "choses" qui composent son environnement.

Deux à trois semaines plus tard, lorsqu'il perçoit un visage, il en suit les mouvements avec une attention soutenue.

b) le stade du précurseur de l'objet : à partir du 2e mois, le visage devient un percept visuel privilégié que l'enfant préfère à toutes les autres "choses" de son entourage.

La première indication du passage du nourrisson, de la passivité complète à un commencement actif, est l'apparition du sourire pendant le 3e mois, si certaines conditions sont remplies (visage de face et mobile, c'est le Gestalt-signe ou pré-objet). Ceci indique que des traces mnémoniques sont établies.

La reconnaissance d'un visage appartenant à un individu spécifique se fera vers 4 à 6 mois : le nourrisson est alors en mesure de transformer ce qui n'était qu'un Gestalt-signe en son propre et unique objet d'amour.

c) le stade de l'objet libidinal : un changement décisif se produit, dans le comportement de l'enfant ^{en} vers autrui, entre le 6e et le 8e mois : c'est le stade de l'angoisse du 8e mois, première manifestation de l'angoisse proprement dite. L'enfant est, à cet âge, capable de faire clairement la différence entre un familier et un étranger. L'objet libidinal est établi : la personne dotée des attributs d'objet n'est plus interchangeable avec n'importe quel autre individu, l'enfant a trouvé le partenaire avec lequel il peut établir des relations objectales.

Priver des nourrissons de relations objectales, pendant leur première année, constitue un facteur nocif de premier ordre qui conduit à des troubles émotionnels graves. SPITZ établit, ainsi, une classification étiologique des maladies psychogènes correspondant aux attitudes maternelles.

Il y distingue :

- les désordres psychotoxiques
- les maladies de carence affective (dépression anaclitique et marasme).

d) Le quatrième organisateur permettant d'accéder à des relations objectales plus différenciées, est marqué par l'apparition du " non " au cours de la 2e année . L'opposition à l'objet sera en fait intégrée dans l'ensemble de la communication verbale entre l'enfant et les personnes du monde extérieur, la relation objectale étant alors solide.

- IV -

LES TRAVAUX ANGLO - SAXONS

A côté des études des auteurs classiques, qui, comme nous l'avons vu, tendent à restreindre le diagnostic aux cas évolués, naissent à cette période, aux USA, des travaux dont l'influence s'exercera en Europe après la 2e guerre mondiale, en particulier chez les psychiatres de formation analytique. La place de la psychanalyse apparaît, là, essentielle dans l'avènement et le développement de concepts nouveaux.

En dépit de la diffusion des thèses d'A. FREUD aux USA, l'influence de Mélanie KLEIN et de WINNICOT reste prépondérante.

Le diagnostic de schizophrénie jouit aux Etats-Unis d'une vogue considérable. L'extension de cette notion fut telle qu'elle aboutit à un abus de cet étiquetage. C'est ainsi que HARMS rapportait qu'un médecin d'un important centre de diagnostic et de traitement (Child Guidance Clinic) avait posé le diagnostic de schizophrénie infantile chez 80 % des consultants.

Le terme de schizophrénie se trouve donc abondamment employé dans une littérature elle-même abondante.

Cet engouement pour la pathologie de l'enfant s'explique en partie par un renouvellement de la méthodologie et des techniques appliquées à la pédopsychiatrie avec l'avènement des études longitudinales, la prise en charge de

toutes les formes d'inadaptation infantile par des équipes mieux formées et plus complètes, l'abandon des observations avisées purement nosographiques au profit d'un examen en profondeur de l'enfant, incluant le rôle de l'environnement, et ce, à travers la psychanalyse et les psychothérapies de l'enfant.

Ceci est à mettre en parallèle avec la création d'institutions de jour, de cures ambulatoires, où la famille est intégrée aux mesures d'assistance thérapeutique.

Compte

Il ne nous est pas possible de rendre de la totalité des travaux publiés, nous nous contenterons donc d'en dégager les principales conceptions qui nous paraissent dignes d'intérêt.

Le terme de schizophrénie chez l'enfant est utilisé pour la première fois par POTTER, en 1933, qui décrit des troubles survenant de 6 à 12 ans.

Il insiste :

- sur l'importance, chez ces enfants, de l'utilisation d'une expression symbolique de leurs affects, de leur pensée, des mécanismes de compensation par le langage et le dessin.

- sur la nécessité, pour poser le diagnostic, d'une régression tant intellectuelle qu'affective, caractérisant la "vraie démence".

- sur l'intérêt de l'étude du milieu familial caractérisé par d'importantes perturbations en son sein : le plus souvent, mère rigide et autoritaire, père faible et effacé.

Les relations de l'enfant avec le milieu environnant ne peuvent s'établir normalement.

- sur le narcissisme de ces malades.

Louise DESPERT publiait, en 1937, au premier Congrès International de Psychiatrie Infantile de Paris, un travail sur la schizophrénie chez les enfants, basé sur 29 observations de l'Institut Psychiatrique de New York.

Ses critères de diagnostic sont moins rigides que ceux de LUTZ et elle décrit des malades tout à fait semblables aux petits schizophrènes européens. L'évolution démentielle rapide de 10 de ses cas permet de poser un diagnostic satisfaisant aux critères des plus exigeants.

L. DESPERT décrit trois types cliniques :

- une forme à début aigu, avec tableau confusionnel dominé par l'agitation, l'anxiété et le mutisme, évoluant vers une démence rapide dans pratiquement tous les cas, et rarement vers une résolution partielle des troubles avec adaptation relative inférieure au niveau idéo-affectif initial.

- un groupe, plus important en nombre, de schizophrénies à début insidieux, avec dissociation sur le plan affectif et du langage, compulsions; rituels ; présentant le plus souvent une évolution chronique, parfois une évolution démentielle rapide.

- enfin, une forme évolutive à début insidieux, suivi d'accidents aigus, généralement précipités par des facteurs exogènes, et où dominant l'anxiété, l'excitation, la logorrhée pouvant se transformer en mutisme.

Elle insiste sur le fait que les manifestations d'anxiété aiguë sont d'un pronostic relativement favorable.

Dans le premier groupe, où l'évolution démentielle est rapide, l'hérédité de l'enfant est plus chargée que dans les autres groupes.

Dans ce même groupe, la personnalité pré-morbide est d'apparence plus normale que dans les cas à début insidieux et à évolution chronique où elle est plus souvent schizoïde.

Les manifestations pré-morbides, lorsqu'elles existent, sont fréquemment à type d'anomalies de développement du langage que L. DESPERT décrit comme une "dissociation entre le langage-signe et le langage-fonction", avec une capacité au-dessus de la normale de retenir les mots et de s'en servir de façon mécanique.

Dans tous les cas de schizophrénie infantile diagnostiqués, la maladie a souvent été précipitée par un facteur exogène : traumatisme affectif d'un caractère banal (changement de lieu d'habitation, séparation d'avec un être aimé, frayeur, intervention chirurgicale bénigne, naissance d'un puîné).

Pour résumer la position de L. DESPERT, telle qu'elle la présente en 1937, nous noterons, avec elle, que le trouble fondamentale de la schizophrénie, est la perte du contact affectif avec la réalité, qui se manifeste dans la conduite, l'activité motrice, le langage, la pensée et l'affectivité, avec rigidité et manque de spontanéité.

L'opposition à l'acceptation de situations nouvelles ou de relations sociales inhabituelles peut, aumaximum, se manifester sous la forme d'un négativisme extrême.

Ces enfants pathologiques sont très dépendants physiquement de l'adulte (mère ou autre) bien qu'ayant perdu tout lien affectif avec ce dernier.

L. DESPERT note, par ailleurs, une "préoccupation sexuelle excessive" chez l'enfant schizophrène, avec masturbation constante ; des accès de colère (équivalents de crise d'anxiété aiguë) sévères pouvant entraîner une rupture complète avec la réalité ; la fréquence des comportements impulsifs, hétéro ou auto-agressifs; des troubles fréquents du langage (déjà notés ci-dessus) : l'enfant parle de lui à la 3e personne comme s'il ne se délimitait pas d'avec l'environnement ;

une affectivité terne ; des rires et des pleurs immotivés ; enfin, un comportement régressif dans tous les domaines, devant être compris comme une manifestation de la perte du contact affectif.

L'observation prolongée de certains de ses malades, devait conduire L. DESPERT à insister sur les troubles compulsionsnels parfois si importants qu'ils en arrivent à se substituer à l'expression de la personnalité ; un mode de cicatrisation possible de la schizophrénie traitée pouvant être une structure obsessionnelle invalidante de la personnalité.

La position de L. DESPERT a évolué depuis 1937, époque à laquelle, nous venons de le voir, très proche de la conception des auteurs classiques, elle faisait reposer le diagnostic de schizophrénie infantile sur la perte du contact affectif.

Elle en donne actuellement la définition suivante : "processus morbide, dans lequel la perte du contact affectif avec la réalité ou l'absence de développement de ce contact, coïncide avec (ou est déterminé par) l'apparition d'une pensée autistique et accompagnée par de phénomènes de régression et de dissociation", introduisant là, la notion de structure autistique, c'est-à-dire, à côté de la personnalité de perte du contact affectif, celle d'absence de développement de ce contact.

Loretta BENDER, dans une série de publication de 1938 à 1956, réunit un matériel clinique portant sur 850 cas examinés au Bellevue Hospital de New-York.

Nombre de ses malades ont pu être suivis et le diagnostic chez l'enfant devenu adulte a été confirmé dans 89 % des cas.

Ce diagnostic repose sur l'existence d'un trouble primaire : "plasticity", reposant sur un trouble de la régulation des processus de maturation du système nerveux central, atteignant l'ensemble de tous les systèmes de régulation des fonctions végétatives et de relation. Ce défaut d'organisation se traduit par l'impossibilité, pour chacune des fonctions du système nerveux central, de se développer de façon harmonieuse et cohérente, et d'atteindre une "forme".

"La schizophrénie infantile est une réaction de l'organisme tout entier résultant de problèmes évolutifs et ayant son origine dans la période de maturation embryonnaire".

La maladie serait le fait d'un processus organique, endogène, remontant à la vie embryonnaire, héréditaire "sous la forme d'une hérédité de vulnérabilité et d'impossibilité à compenser", et susceptible d'être réactivé à certaines périodes fécondes : la principale étant à la naissance, les autres se situant à 3,5 ans, 6 ans, 10 ans et à la puberté (ce, en raison des problèmes psychologiques et physiologiques qui se posent à ces différents âges, et qui ne peuvent être résolus par ce type d'enfants) : "chaque âge a ses problèmes,

les troubles s'exprimant différemment selon le niveau maturatif".

Les troubles primaires peuvent être constatés dès les premiers mois de l'existence car "tous les modes de comportement dépendant du S N C sont altérés, qu'il s'agisse du contrôle végétatif, de la motricité, du tonus, du type de perception de chaque champ sensoriel, du fonctionnement intellectuel du processus de langage, de la pensée, de la vie sociale, émotionnelle, du développement de la personnalité et des relations avec autrui".

Ces troubles primaires d'ordre neurobiologique sont vécus comme des expériences angoissantes : "la fixation embryonnaire et la plasticité se manifestent dans le comportement de l'enfant, et, en particulier, dans l'anxiété parce qu'il y a impossibilité à percevoir la réalité et à expérimenter des structures clairement définies".

L'anxiété va donc se trouver au centre de la symptomatologie, elle découle des difficultés qu'a l'enfant à se percevoir comme Moi et à établir des rapports avec autrui.

Les troubles du comportement de l'enfant schizophrène sont donc sous le signe de la "plasticity" qui s'exprime de quatre façons principales :

- distorsion et contamination des perceptions et des traces mnésiques.

- intensité de la réponse aux stimuli telle que peuvent apparaître des réactions excessives ou nulles dans le domaine des sentiments.

- réduction du choix des réactions sous l'influence des nécessités de la vie sociale, aboutissant soit à une fusion avec autrui, soit à une opposition totale, soit au retrait autistique.

- anxiété envahissante due à la prise de conscience de l'organisation chaotique.

L. BENDER attache peu d'importance, sur le plan étiologique, au rôle du milieu familial qu'elle pense réactionnel à la maladie de l'enfant.

Sur le plan clinique, elle décrit 3 formes de schizophrénie infantile :

- forme pseudo-oligophrénique, régressive, autistique
- forme pseudo-névrotique, phobique, obsessionnelle ou hypocondriaque.
- forme pseudo-psychopathique et paranoïde, agressive et antisociale.

En résumé, la conception de L. BENDER repose sur l'existence d'un trouble primaire, lié à une absence d'organisation de toutes les fonctions neuro-psychiques, d'origine constitutionnelle, d'où résulte une évolution dysharmonieuse se faisant par poussées désordonnées.

Leo KANNER a attaché son nom à l'isolement, en 1942, d'un syndrome qu'il autonomise dans un premier temps, puisqu'il rattache à la schizophrénie infantile mais dont il fait une forme clinique distincte : l'"Early infantil autism", apparaissant dans les deux premières années de la vie.

Ce syndrome comporte deux troubles primaires de base :

- "aloneness" ou solitude extrême.
- "sameness" ou nécessité absolue de la constance.

réalisant l'autisme.

Les troubles secondaires qui en résultent se traduisent par un comportement particulier de ces enfants (le plus souvent des garçons) :

alors qu'à la naissance l'enfant est d'apparence normale, c'est entre le 4e et le 8e mois que l'on remarque l'absence de mouvements anticipateurs avant d'être pris au bras, et des ajustements du corps pour s'adapter à la personne qui le porte.

L'enfant s'enferme, ensuite, dans des jeux ritualisés, sur un fond d'apathie et de désintérêt envers autrui.

Cet enfant autiste paraît vivre dans un monde d'objets qu'il utilise de manière stéréotypée.

Les troubles du langage font partie de la symptomatologie :

- soit le langage ne se développe pas.
- soit il apparaît précocement mais reste peu

communicatif.

- soit il apparaît tard, plus ou moins altéré et pauvre.

Entre 1946 et 1951, L. KANNER décrira les caractéristiques particulières du langage de l'enfant autiste.

Ces enfants sont souvent considérés comme des débiles profonds, mais KANNER insiste sur leurs bonnes possibilités cognitives, leur facies intelligent, les activités motrices globales et la coordination fine intactes.

KANNER attachait primitivement une grande importance au rôle du milieu familial dans la genèse des troubles : " notre attention a été attirée par le fait indiscutable que les patients provenaient d'un milieu intelligent voire sophistiqué : pas moins de 94 % des parents, pères et mères, avaient terminé la High School, et 74 % des pères ainsi que 49 % des mères, un collège universitaire. La majorité des parents, bien que compétents dans les carrières qu'ils avaient choisis, étaient froids, détachés, perfectionnistes sans humour, plus à l'aise dans le monde des abstractions que parmi les hommes, n'ayant avec ces derniers de rapports que sur la base de ce qu'on pourrait appeler une mécanisation des relations humaines. On peut, par conséquent, être amené à imaginer une tendance familiale à un mode de vie détaché, obsessionnel et mécanique. En même temps, on ne saurait oublier

que la réfrigération affective dont ces enfants avaient été l'objet de la part de tels parents ne pouvait pas ne pas être une donnée pathogénique hautement déterminante en ce qui concerne les premiers stades du développement de leur personnalité".

Cependant, dans ses publications ultérieures, KANNER pense que même si "la froideur et la rigidité", d'un des parents joue un rôle dans la genèse de l'autisme, elles ne sont pas suffisantes pour le faire apparaître : "ces enfants sont différents depuis le début de leur vie extra-utérine et certains parents ne font que réagir à un enfant lui-même privé de réactions affectives".

Citons enfin, les travaux de Margaret MAHLER, qui décrit en 1952, à l'instar des kleinien et de WINNICOT, une phase normale d'auto-érotisme avec symbiose, suivie d'un processus d'individuation et de réparation, processus complémentaires, parallèles au développement libidinal.

Si l'enfant est touché lors de l'une de ces phases, ne pouvant accéder à la phase suivante, il tiendra à rétablir la situation en restaurant la phase antérieure.

L'organisation psychotique réalise cette reprise de la phase antérieure dans la mesure où l'enfant est trop gravement

atteint au cours de la phase suivante.

M. MAHLER insiste sur l'importance de la pulsion agressive "défusée" qui constitue un élément destructeur, entravant plus ou moins l'instauration d'un fonctionnement plus élaboré permettant de passer à la phase suivante.

Sa théorie renvoie donc à celle de WINNICOT sur la non-évolution puisqu'il n'y aurait pas seulement blocage du processus mais restauration de la phase précédente.

Sur le plan étiopathogénique, M. MAHLER estime que l'organisation psychotique serait liée à des "lacunes innées", concernant notamment les capacités perceptuelles et intégratives, ainsi qu'un défaut primaire des possibilités de neutralisation.

L'attitude de la mère favorisera ou contribuera à entraver ces capacités d'intégration et de neutralisation, face à la poussée instinctuelle.

Elle décrira deux types de psychoses, en fonction du stade évolutif prévalant ou non, atteint lors de l'organisation de la psychose :

- la psychose autistique, survenant chez des enfants prédisposés à rester aliénés à la réalité : "une détresse d'une telle ampleur affecte l'organisme à un stade si précoce du développement qu'elle détruit la perception que l'enfant

a de sa mère comme agissant pour son compte à lui. La fixation et la régression à un mode archaïque d'indifférenciation perceptuelle paraît produire le trouble spécifique de l'autisme, dont le symptôme le plus remarquable est que la mère, en tant qu'elle représente le monde extérieur, ne semble pas du tout perçue par l'enfant".

- la psychose symbiotique, survenant chez des enfants prédisposés à une intolérance particulière aux frustrations. Elle se manifeste plus tard que la forme autistique, à la fin de la première année.

"L'enfant psychotique, à prédominance symbiotique, possède quelque conscience du principe maternel. Il oscille entre le besoin de fusionner avec la partie bonne de l'objet et le refus de se réengloutir dans la partie toute mauvaise de l'objet ; même si les mécanismes de défense sont moins archaïques, ils sont beaucoup plus variés et bizarres, et tout chargés de panique".

Cette panique, en d'autre terme, cette anxiété, est toujours la peur de séparation d'avec la mère, c'est-à-dire l'anxiété de perdre l'objet (ce que S. FREUD avait déjà établi dans "Inhibition, symptôme et angoisse").

C'est à cette psychose symbiotique que M. MAHLER rattache ces états de panique oniroïde pouvant apparaître de façon souvent explosive aux périodes critiques du développement de l'enfant.

A partir de ces différentes analyses et théories, quelques notions peuvent être dégagées :

- le terme de psychose est apparu, peu à peu, à côté de celui de schizophrénie, à la fois pour marquer une démarcation vis à vis des critères traditionnels, pour introduire une tentative d'attitude compréhensive dans l'analyse clinique, et pour élargir le concept initial.

L. KANNER ET L. BENDER continuent à employer le terme de schizophrénie mais dans le sens élargi donné à la psychose. M. MAHLER utilise la dénomination de psychose pour désigner les troubles mentaux évolutifs graves.

- quelque soit le terme utilisé, les nouvelles descriptions s'appuient sur un remaniement profond des critères cliniques et étiopathogéniques :

- * sur le plan clinique, les critères diagnostiques des classiques sont abandonnés au profit d'une approche dynamique s'appuyant sur la connaissance du développement de l'enfant normal, avec ses variations et ses crises physiologiques.

L'approche diagnostique est centrée sur les manifestations spécifiques à l'enfant, (qui n'est plus assimilé à un adulte en miniature), avec une analyse de la relation parents-enfant.

- * sur le plan étiopathogénique, dès les premiers travaux de L. DESPERT, puis avec ceux de L. BENDER, de L. KANNER et de M. MAHLER, il n'apparaît plus concevable

d'opposer la schizophrénie, maladie endogène d'étiologie mystérieuse, à des encéphalopathies schizophréniiformes, basées sur une causalité mécaniciste.

L. BENDER introduit l'hypothèse d'une perturbation constitutionnelle mais exprime le développement de la psychose en termes dynamiques.

L. KANNER reconnaît le rôle pathogène des parents sans éliminer pour autant les facteurs organiques.

M. MAHLER intègre des facteurs divers dans sa conception de la psychose symbiotique.

A leur suite, on situera, dans le cadre des psychoses, des formes que la psychiatrie classique classait parmi les encéphalopathies évolutives, les "fausses" schizophrénies.

- V -

LES CONCEPTIONS FRANCAISES

1) HEUYER et l'Ecole de Paris :

En France, l'intérêt pour la schizophrénie infantile date des premiers travaux de HEUYER et de son école en 1922, travaux portant sur les modes de début, les aspects cliniques et le diagnostic.

En 1929, HEUYER et BOUYSSOU décrivent "les voies d'entrée dans la démence précocè" chez des dégénérés :

- par des troubles du développement qui évoluent à la puberté vers l'effondrement intellectuel (type démence de MOREL).
- par un épisode aigu confusionnel.
- par des troubles du caractère revêtant l'allure des perversions instinctives du DUPRE.
- par un syndrome d'automatisme mental au moment de la puberté.

En 1934, HEUYER, DUBLINEAU et de CHABERT font une revue des démences infantiles, distinguant :

- les démences organiques d'étiologie connue (PG, toxi-infectieuse).
- les démences cryptogénétiques, du type HELLER ou SANCTE DE SANCTIS, qui entrent dans le cadre de la schizophrénie, terme préférable à celui de démence précocissime qui n'en est qu'un des aspects.

Depuis 1948, HEUYER et ses collaborateurs, ont regroupé

les schizophrénies infantiles selon un ensemble de critères :

- critères séméiologiques : résumés par la définition que HEUYER en donne au 2e Congrès international de Psychiatrie de Zürich, en 1957, : "la schizophrénie est une psychose chronique, non primitivement démentielle, caractérisée par la perte de contact avec la réalité, et l'organisation d'une pensée autistique, marquée de phénomènes spécifiques de régression, et traduite par la dissociation".

- critère évolutif : la chronicité est habituelle mais non inéluctable.

- critère structural : développement dysharmonieux au cours duquel apparaît un phénomène de dépersonnalisation.

La définition de la schizophrénie par HEUYER, exclut du cadre de la schizophrénie, les cas où la dissociation accompagne une encéphalopathie en évolution, telle une leucoencéphalite, mais il retient contrairement à LUTZ, ceux qui surviennent sur une encéphalopathie ancienne. Il se situe donc à mi-chemin entre les tendances restrictives de LUTZ et les tendances extensives des Anglo-Saxons.

Les expressions cliniques varient en fonction du degré de la maturation nerveuse et psychologique de l'enfant. Plus tôt cet enfant est touché, plus profonde est l'atteinte, ce qui explique le caractère global et massif des atteintes du premier âge.

Avec LEBOVICI et WASSEF, au Groupement de psychopathologie infantile, en 1950, et à la Société Médico-psychologique en 1951, HEUYER précise les caractères de la schizophrénie infantile " apparaissant chez un enfant normal, soit chez un enfant qui présentait déjà une arriération mentale et qui devenait bizarre" :

- la détérioration intellectuelle globale est d'autant plus marquée que l'enfant est plus jeune ; la dissociation d'autant plus nette que l'enfant est près de la période pubertaire.

- la difficulté de l'effort, la fatigabilité, les troubles de l'attention sont constants.

- sont également constants les troubles de l'affectivité avec autisme, perte de contact avec le milieu extérieur, rires immotivés.

- les troubles du langage d'autant plus marqués, que l'enfant est plus jeune ; perte progressive du langage et mutisme lorsque l'enfant est plus jeune ; schizophasie à l'approche de la puberté.

- troubles du comportement, bizarreries, discordance, stéréotypies, automatisme moteur, barrages, inactivité, apragmatisme.

- troubles de l'écriture.

Il souligne enfin l'importance des tests (dissociation, fragmentation, multiplicité du détail, absence de synthèse, désordre) et du dessin, avec fragmentation, stéréotypie, surimpression, déformation.

Proposant une classification des schizophrénies infantiles, il distingue :

- la forme précocissime atteignant l'enfant autour de 4 à 5 ans.

- une forme de l'âge pré-scolaire ou scolaire (la schizophrénie simple de HEUYER), caractérisée par un retrait autistique apparaissant vers 7 à 8 ans, le plus souvent chez le garçon, conduisant à une dissociation sans délire ni hallucinations.

- une forme survenant de 6 à 10 ans, à type de délire de rêverie.

- une forme prépubertaire , proche de l'hébéphrénie délirante, touchant des sujets de 12 à 14 ans, évoluant par poussées vers le tableau classique de la schizophrénie.

Pour ce même auteur, il est impossible de comprendre la diversité des formes cliniques, si l'on n'ignore la loi de l'âge énoncée par de CLEREMBAULT : plus l'enfant est jeune, plus l'atteinte de l'intelligence et de la parole est massive.

L'aspect séméiologique peut être modifié par le terrain : ainsi, certains débiles présentent une courbe de développement irrégulière, une maturation dysharmonieuse avec d'importants troubles affectifs et un effondrement intellectuel massif. Il est fréquent, nous dit HEUYER, de retrouver dans les antécédents de ces débiles dissociés, une encépha-

lopathie fruste qui a laissé des séquelles psychiques évolutives.

HEUYER affirme que le processus schizophrénique entraîne une véritable détérioration du Moi.

Celle-ci est d'autant plus globale, donc d'autant plus démentielle, que l'enfant est plus jeune et son système nerveux plus immature.

Cette détérioration est telle que, même lorsque l'évolution semble arrêtée (spontanément ou sous l'influence des thérapeutiques), il n'y a jamais guérison complète mais persistance de troubles qui sont responsables ultérieurement de ces comportements pathologiques observés chez des adolescents et des adultes, rêveurs, semi-adaptés, originaux.

Envisageant l'étiopathogénie des schizophrénies infantiles, HEUYER écrit en 1957 : "l'on ne peut nier l'importance de l'hérédité psychopathique, la fréquence des troubles végétatifs et endocriniens. La fréquence plus grande de la schizophrénie chez le garçon que chez la petite fille, proportion qui est inversée chez l'adolescent ou chez l'adulte jeune, s'expliquerait peut-être par l'importance des facteurs endocriniens.

A ces facteurs physiques et physiologiques, s'ajoutent des facteurs psychologiques, non moins discutables et l'on a pu insister, à juste titre, sur le comportement particulier de la mère du schizophrène, sur l'importance des chocs

affectifs de la première enfance".

Donc, pour HEUYER, dans chaque cas, les facteurs organiques et psychologiques sont intriqués.

L. MICHAUX, dans une perspective constitutionnaliste des troubles du caractère, a insisté sur le déséquilibre primordial des instincts d'association et de reproduction dans les différentes formes de psychose.

Il note la fréquence des antécédents héréditaires dans les déséquilibres instinctifs, les perversions et les psychoses qu'il définit comme "l'exagération pathologique des tendances constitutionnelles".

Il insiste sur la difficulté de la discrimination du début de la schizophrénie infantile qui peut revêtir de multiples aspects, le niveau d'organisation des structures nerveuses déterminant la forme clinique qui n'est pas définitivement fixée.

Enfin, les signes prodromiques ne peuvent être réunis dans le tableau d'un état prépsychotique plus ou moins réversible mais représentant le début de la psychose.

2) L'école psychanalytique de Paris :

Cette école a considérablement approfondi nos connaissances sur la structuration pathologique de la personne et sur le mode d'évolution de la psychose.

LEBOVICI, en 1949, insiste sur les limites nosographiques de la schizophrénie infantile :

- En notant, tout d'abord, qu'en de nombreuses occasions, le psychisme de l'enfant est imprégné de schizoïde (par exemple, à l'âge préscolaire, l'enfant vit dans un monde fermé, celui de ses phantasmes imaginatifs, de la réalité desquels il semble très persuadé ; il est opposant, se lie peu d'amitié ; sur le plan de son développement moteur, il est parfois très figé, pseudo-catatonique ; son langage est fait de néologismes de signification personnelle) D'où l'erreur à ne pas commettre de diagnostiquer, comme schizophrénie, des troubles du caractère observés chez de jeunes enfants spécialement schizoïdes.

- d'autre part, le psychisme de l'enfant est mouvant et tout en construction, si bien qu'on ne peut s'attendre, chez lui, à retrouver toute la symptomatologie riche de la schizophrénie des adultes.

En fait, pour LEBOVICI, les troubles psychiques chroniques de l'enfant ne s'expriment qu'en des troubles du comportement.

Il proposera comme définition de la schizophrénie infantile : "état démentiel chronique, caractérisé par l'absence du contact affectif avec la réalité, accompagné par des phénomènes spécifiques de régression et de dissociation".

La schizophrénie est, pour cet auteur, une psychose, c'est-à-dire, explique-t-il, une maladie mentale grave qui retentit sur toutes les relations de l'enfant avec le monde extérieur. Elle est une démence ; elle succède à une phase normale, quelques particularités prépsychotiques qui puissent être décrites.

La régression est un élément nécessaire au diagnostic. Elle est caractérisée par un trouble essentiel : la perte de contact avec le monde extérieur.

Les troubles les plus visibles, c'est-à-dire les troubles du comportement ne sont que des signes secondaires dont la forme dépend de l'état de développement de l'enfant et de son histoire vécue.

La schizophrénie ne s'accompagne ni de signes physiques ni de signes nerveux caractéristiques ; il élimine donc, de ce cadre, les démences infantiles organiques consécutives à une encéphalopathie aiguë ou subaiguë d'origine dégénérative ou infectieuse.

Enfin, son diagnostic exige une longue observation et ne peut se contenter du groupement de quelques symptômes qui font penser à la schizophrénie de l'adulte.

Depuis 1949, LEBOVICI a publié une série de travaux sur le développement et la structure psychopathologique des états schizophréniques, en introduisant une notion nouvelle : celle de la mobilisation, dans certains cas, des structures non encore fixées, vers des évolutions plus favorables sous l'effet de la psychotérapie.

Les psychoses de l'enfant ne sont pas des états fixés mais sont le résultat d'évolutions dysharmonieuses du développement qui peuvent conduire à l'organisation d'une névrose ou d'une psychose si les conditions endogènes et exogènes limitent les possibilités de réorganisation.

Il proposera que le terme de schizophrénie soit remplacé par celui de psychose ou de pré-psychose, expliquant ainsi sa position : " d'une part, les antécédents infantiles des schizophrènes adultes, lorsqu'ils existent, sont toujours difficiles à reconstituer mais semblent plutôt s'apparenter à des modes d'adaptation insuffisante, qu'on pourrait classer sous le nom de schizoidie mineure ; d'autre part, l'avenir des enfants qu'on appelle schizophrènes n'est pas automatiquement la schizophrénie, au moins dans ses aspects classiques et majeurs".

Ainsi, dans le cas de Sammy, relaté avec précision par LEBOVICI et MAC DOUGALL, l'évolution s'est faite, grâce à un traitement psychanalytique, vers une obsessionalisation. Ce cas permet de poser le problème de la mise en évidence, par l'analyse de l'adulte, d'une psychose avortée de l'enfant.

DIATKINE et STEIN, en 1958, entreprennent une nouvelle description des psychoses de l'enfant, sous un angle à la fois clinique et structural, reformulant les théories de Mélanie KLEIN et de SPITZ.

Ils abandonnent le terme de schizophrénie infantile pour ceux d'organisation psychotique et d'organisation pré-psychotique, car : "en France, on réserve le terme de schizophrénie aux psychoses discordantes, et peu de sujets observés entrent véritablement dans ce cadre à un moment quelconque de leur évolution. Par ailleurs, le terme de schizophrénie a hérité de la réputation de chronicité qui était le propre de la "démence précoce" de KRAEPELIN. Or le pronostic des psychoses infantiles, bien que généralement sombre, est assez divers".

Ils insistent sur la nécessité d'étudier, chez de tels enfants, l'évolution et la nature des relations objectales dans leur aspect le plus global ; la clinique et la sémiologie ne prenant de sens qu'en fonction de l'état global de l'individu examiné, lui-même étant replacé dans l'ensemble de ses relations réciproques avec le groupe dans lequel il vit.

Leur mérite est d'avoir tenté une description dans le temps, aux différents stades du développement libidinal.

Ils distinguent :

- les psychoses infantiles vraies, caractérisées par une altération importante de la représentation du réel chez le sujet,

- les états prépsychotiques, dans lesquels le sens du réel n'est pas encore définitivement modifié mais où existe un danger permanent de restructuration psychotique,

et ce, à chaque stade du développement libidinal.

Leur classification s'établit comme suit :

a) avant l'âge de 5 ans (période pré-oedipienne et oedipienne) :

- * les états psychotiques : ils sont marqués par des perturbations massives du développement instinctivo-affectif, avec trois formes cliniques :

- autisme infantile précoce de KANNER, ou absence prolongée des relations avec autrui, sans apparition du langage. La non-apparition du langage à 5 ans est considérée comme facteur de mauvais pronostic.

- autres formes de psychoses infantiles précoces, à évolution chronique : marquées par une évolution affective atypique et une dysharmonie profonde dans l'acquisition des mécanismes intellectuels, altérant toujours la fonction du réel du Moi.

- états psychotiques aigus : marqués par un mauvais contrôle de l'anxiété et des crises aiguës

caractérisées par de l'agitation, de l'insomnie et des terreurs nocturnes débordant plus ou moins sur l'activité diurne.

* les états prépsychotiques (ou prénévrotiques, car les deux évolutions sont toujours possibles) : il s'agit de dysharmonies évolutives importantes qui risquent de mettre en jeu toute l'évolution ultérieure, qui dépend de la structure interne de l'enfant et de la relation organisée avec son milieu :

- manifestations d'anxiété importantes et persistantes malgré les réassurances et l'élaboration fantasmatique.

- troubles instinctuels ne prenant leur relief qu'en fonction du contexte.

- états d'agitation rappelant, par certains côtés, l'agitation maniaque adulte.

- évolutions perturbées par des frustrations massives (avec référence aux travaux de SPITZ, en particulier sur l'hospitalisme).

b) de 5 à 12 ans (période de latence) :

les aspects cliniques sont beaucoup plus polymorphes compte-tenu de l'organisation des pulsions et des mécanismes de défense.

* les états psychotiques :

- le délire : avec disparition de la limite de l'imaginaire.

- les hallucinations : très frustes à ce stade car n'est pas encore constitué un sentiment de soi formant une "Gestalt" stable.

- les sentiments de dépersonnalisation : avec perturbations de l'identité ayant un caractère régressif.

- des symptômes très polymorphes traduisant l'altération de la fonction du réel (mutisme psychogène, troubles moteurs et toniques, troubles du comportement, troubles des sphères instinctuelles).

- * les états pré-psychotiques (ou pré-névrotiques) : témoignant d'un trouble profond de l'évolution, mais qui ne sont pas encore organisés selon un mode existentiel stable :

- troubles du caractère.

- formation^s symptomatiques d'allure névrotique.

Pour ce qui est de l'étiopathogénie, DIATKINE et STEIN mettent l'accent sur le fait que beaucoup de facteurs peuvent être invoqués, mais ne prennent de valeur qu'en fonction du fond sur lequel ils surviennent :

- les facteurs endogènes :

- * influence de la constitution et de l'hérédité dans l'organisation de la personne.

- * rôle de la pathologie de la première enfance (encéphalopathies évidentes ou non cliniquement), dans

l'altération du système perceptivo-moteur.

- les facteurs exogènes :

* personnalité et comportement des ascendants :

les mécanismes de défense des parents (sans être en soi obligatoirement anormaux) les empêchent, à certains moments, d'être des objets permettant à l'enfant de dépasser une situation angoissante. Mais, en contre-épreuve, il faut tenir compte des réorganisations secondaires devant la psychotisation de l'enfant.

* l'événement ou le traumatisme : en fait, comme le dit A. FREUD, opinion qu'adoptent DIATKINE et STEIN, une attitude permanente est beaucoup plus traumatisante que l'événement à retentissement émotionnel intense mais non répété.

R. MISES propose au 3e Séminaire sur le diagnostic psychiatrique de l'OMS, tenu à Paris en 1968, une nouvelle classification des psychoses infantiles, tenant compte à la fois de la démarcation entre les formes évolutives où le Moi n'a jamais atteint sa différenciation, et celles de déstructuration.

Elle exprime les nuances des différents tableaux cliniques mais ne rend pas compte de l'axe étiopathogénique ; seuls sont pris en considération les aspects descriptifs cliniques, génétiques, structuraux et évolutifs.

Il distingue :

a) les psychoses précoces :

* psychoses autistiques :

- autisme de KANNER
- autres formes d'autisme

* distorsion^s psychotiques précoces de la personnalité : avec incapacité de communiquer avec autrui de façon adaptée ; anxiété profonde ; maniement des fantasmes constituant un mode de lutte contre l'angoisse morcelante ; symptômes fréquents de la série obsessionnelle ; troubles du langage ; troubles psycho-moteurs rendant compte des perturbations relatives à l'individualisation, la personnalisation, le contrôle des repères temporo-spaciaux, l'émergence du sens de l'identité ; manifestations organiques de signification complexe :

- formes à type d'inhibition grave
- formes à type d'excitation psychique avec agitation incoercible de type "hypomaniaque".

* formes à expression déficitaire : où il s'agit de reconnaître " l'intrication d'une relation psychotique et d'une symptomatologie déficitaire" (MISES et BARANDE).

Selon les cas, on est amené à formuler le diagnostic tantôt à partir d'un syndrome où dominant les perturbations de la série psychotique, tantôt à partir de l'analyse d'un syndrome déficitaire, et il faut reconnaître que cette dernière éventualité est de loin la plus fréquente.

De façon habituelle, l'approche clinique vise à mettre en évidence les troubles relationnels évolutifs de type spécifique que l'on découvre dans des tableaux divers : déficits

intellectuels atypiques, déficits instrumentaux complexes, arrêts ou régression du développement, troubles du comportement chez les débiles mentaux etc... sans qu'on parvienne cependant à tracer une limite nette entre les déficients homogènes et les psychotiques.

On retrouve à ce niveau le problème que la psychiatrie traditionnelle avait résolu par le concept "d'encéphalopathie évolutive".

Il convient donc, de mettre en valeur, dans des syndromes déficitaires fort divers, les éléments qui témoignent d'une perturbation relationnelle de la série psychotique dont les traits spécifiques sont communs à ceux des autres psychoses.

b) les psychoses au-delà de 3-4 ans jusqu'à la puberté (psychoses de la phase de latence) : la phase de latence ne prend jamais chez le psychotique la signification de période post-oedipienne du sujet normal ou névrosé, chez qui elle rencontre des remaniements internes témoignant d'un dépassement des modes primitifs d'organisation de la personnalité et de relation avec autrui.

La psychose témoigne de l'échec des mouvements intégratifs, du non-accès à la problématique oedipienne génitale.

Les psychoses de la phase de latence témoignent, d'autre part, d'une rupture brutale ou progressive de la courbe évolutive : l'enfant est parvenu, jusqu'alors, à élaborer sinon à maîtriser des moyens d'expression et de communication évolués notamment sur le plan du langage oral.

Les tableaux cliniques sont soit polymorphes, immédiatement évocateurs de psychose, soit d'allure névrotique, caractérielle déficitaire etc... à travers lesquels il faut rechercher les traits spécifiques de la psychose.

■ formes à type de déstructuration :

- psychoses d'évolution progressive :

formes à type d'excitation psychique aboutissant à une mise à distance d'autrui, qui interdit toute relation ayant valeur d'engagement.

formes à type d'inhibition dépressive .

formes avec fantasmatisation incontrôlée.

- psychoses aiguës ou sub-aiguës avec manifestations confuso-oniriques ou domine un onirisme terrifiant.

■ distorsion de la personnalité :

formes névrotiques et caractérielles : avec anxiété, phobies, syndrome obsessionnel, manifestations hystériques, en ce qui concerne les formes névrotiques.

Dans les formes pseudo-caractérielles, voire même pseudo-psychopatiques, un examen orienté devra mettre en valeur d'autres éléments en faveur d'un état psychotique (caractère paradoxal des conduites d'opposition, absence de culpabilité etc....)

* psychoses à expression déficitaire

Si le repérage séméiologique et syndromique fait partie intégrante de l'approche clinique, il convient pour

MISES, de dépasser ce plan pour atteindre une compréhension globale du cas, dans une perspective dynamique et structurale, qui englobe l'histoire de l'enfant et parfois même les relations complexes nouées avec lui et en dehors de lui, dans un milieu plus ou moins proche.

J. DE AJURIAGUERRA, autrefois membre de la Société psychanalytique de Paris, est depuis une dizaine d'années, professeur de Psychiatrie à Genève et a pris alors une orientation qui lui est propre. Il considère, en 1970, que les psychoses de l'enfant peuvent être définies comme un trouble de la personnalité relevant d'un désordre de l'organisation du Moi et de la relation de l'enfant avec le monde environnant et qui se caractérise par :

- un comportement inapproprié face à la réalité : retrait de type autistique ou fragmentaire du champ du réel.
- une restriction du champ d'utilisation des objets.
- des investissements cognitifs, affectifs et de l'activité, insuffisants ou partiellement exagérés, trop focalisés ou éparpillés, entraînant des comportements hyperrigides ou inconsistants.
- une vie fantasmatique pauvre, ou du type magico-hallucinatoire, plaquée sur le réel.
- une attitude trop abstraite ou trop concrète, astreignante, limitant la mobilité du champ de la pensée et de l'action.

- une communication restreinte ou distordue aussi bien sur le plan des échanges verbaux que des échanges émotionnels et affectifs.

- une relation inadéquate avec les gens.

AJURIAGUERRA proposera, en 1974, "sa" classification des psychoses infantiles :

* désordres psychotiques précoces :

- autisme de KANNER

- autisme précoce au sens élargi du terme :

formes déficitaires : posant le problème du diagnostic arriération-psychose.

distorsions précoces de la personnalité suivant la définition de MISES.

* troubles psychotiques apparaissant à l'âge scolaire : avec polymorphismes de tableaux cliniques :

- troubles des relations avec l'entourage et troubles du comportement, caractérisés par un retrait du monde extérieur.

- troubles du cours de la pensée

- modifications thymiques fréquentes

- sentiments et idées délirantes de type déréalisation ou dépersonnalisation

- désorganisations psychomotrices avec rareté du syndrome catatonique classique

- désordres du langage de type divers

- composante déficitaire : les psychoses à

début tardif tendent à être associées à un déficit modéré.

* états pré-psychotiques :

" sous le nom de cas "borderline", cas frontière, cas limites, cas avec un développement atypique, états pré-schizophréniques, on décrit une catégorie de malades qui présentent des traits d'aspect névrotique ou psychopathique, mais qui d'un point de vue dynamique et évolutif, restent difficiles à classer".

Il fait le point sur les hypothèses pathogéniques avancées dans la psychose infantile pour constater que :

- l'importance des facteurs héréditaires est dans l'ensemble assez peu démonstrative.

- l'importance accordée aux facteurs organiques répond parfois à une certaine valorisation étiologique sans répondre nécessairement à une explication pathogénique.

- les diverses théories psychogénétiques répondent souvent, elles-mêmes, à des modèles qui ne peuvent pas s'appliquer aux diverses formes. Cet approfondissement du mode d'organisation de la psychose de l'enfant nous permet d'expliquer comment la psychose prend forme et de quelle façon, de prévoir plus ou moins son avenir, mais ne nous permet pas de comprendre complètement pourquoi l'organisation psychotique prend, dans certains cas, l'aspect d'une organisation fermée, alors que, dans d'autres, elle reste encore ouverte

à des remaniements successifs.

- dans les interrelations parents-enfant psychotique, ce qui semble important est l'absence de communication réelle : "si, d'un côté, une rage parentale réprimée et niée entraîne la persistance, chez l'enfant, d'un comportement inacceptable, d'une confusion prononcée ou d'un non-apprentissage, il existe chez l'enfant, un système de légitimation, c'est-à-dire que la répugnance des parents à son égard se transforme mentalement en quelque chose de légitimement répugnant ou étranger".

3) L'école freudienne de Paris :

LACAN, lui-même, ne s'est pas penché directement sur le problème des psychoses infantiles. Cependant, un de ses premiers écrits s'intitule "le Stade du Miroir comme formateur de la fonction du Je", phase structurale d'une particulière importance dans la première année de la vie de l'enfant puisque c'est là que se jouent la névrose ou la psychose.

LACAN a introduit le terme de "forclusion" qui consiste en un rejet primordial, hors de l'univers symbolique de l'enfant, d'un signifiant fondamental: -"le Nom-du-Père", c'est-à-dire le père dans sa fonction symbolique de signifiant du Complexe d'Oedipe et de porteur du phallus, garant de la Loi.

- ou bien, le Phallus, en tant que signifiant du Complexe de Castration.

Au stade du miroir, qui se situe entre le 6^e et le 18^e mois, se constitue la première ébauche du Moi : en percevant dans le miroir, une forme, il extrapole l'unité corporelle qui lui fait défaut, il anticipe imaginativement l'unité de son corps avant d'avoir acquis la maîtrise de son schéma corporel. Il s'identifie à cette image qui n'est pas lui, ce qui lui permettra de s'y reconnaître.

S'appuyant sur les théories du LACAN, B. CASTETS essaie de délimiter une "structure psychotique" qu'il tente de différencier de la psychose en posant l'équation (qu'il juge lui-même facile) : signes amenant à consulter + structure psychotique = psychose.

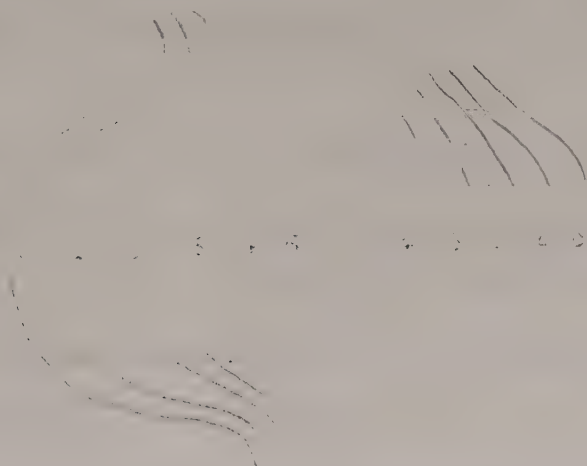
Dire qu'un enfant ^{est} psychotique, revient à dire, d'après CASTETS, qu'à sa façon, bien différente certes de celle de l'adulte, il est délirant ou dément : "le délire et la démence sont, en effet, les témoins de cette perturbation particulière de la réaction au monde qui caractérise l'état psychotique. Délire et démence sont marqués de la rupture avec l'ordre symbolique de la réalité sur lequel s'établit toute vie psychologique".

La séméiologie qui permet de parler de psychose de l'enfant, donc de délire ou de démence de l'enfant, offre

des caractères particuliers :

- elle se réfère malgré tout au discours de parents
- mais également à l'attitude de l'enfant vis à vis de l'adulte, telle qu'elle paraît à l'examen.
- elle se fonde, pour une grande part, sur les épreuves psychométriques et les épreuves projectives utilisées lors de l'examen psychologique.
- enfin l'enfant offre une séméiologie dite en pelure d'oignon :

par exemple :



- 1 - difficultés scolaires
- 2 - défaut de sagesse en classe
- 3 - il a toujours de mauvaises notes en orthographe
- 4 - il ne sait pas lire
- 5 - il a été très sage tant qu'il a pu tout apprendre en écoutant, mais il a toujours eu de mauvaises notes en orthographe, et est devenu insupportable depuis qu'il ne peut plus en référer seulement à ce qu'il entend, mais qu'il est obligé de lire
- 6 - il présente une structure psychotique.

Ceci posé, CASTETS affirme que, le délire y étant ou non manifeste, toute psychose de l'enfant est, en son essence, démentielle.

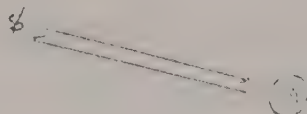
Il différencie :

- les psychoses sans langage
- les psychoses discordantes
- les psychoses indifférenciées.

Se référant à l'enfant normal, il tente d'expliquer la psychose par une faille du "système triangulaire".

Chez l'enfant normal, s'établit au départ une relation primordiale avec sa mère (mère qui en principe est celle qui donne le jour à l'enfant, mais pas nécessairement) : elle est un personnage de référence, celle par qui l'enfant est reconnu d'abord comme sujet.

Pour survivre, il doit être objet de son désir; pour être objet de son désir, il doit en passer par sa loi, par son langage :

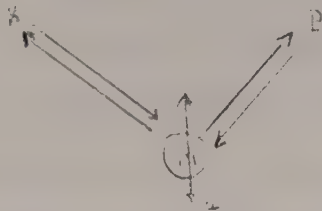


la double flèche indique le mouvement qui fait que la mère donne sa signification à tout mouvement de l'enfant pour aboutir à faire, de ce mouvement, un objet chargé de sens pour l'enfant.

Avant l'enfant, il y a le père (ou son représentant) qui n'existe, en fait, au départ, que dans le discours de la mère, mais il est vulnérable à l'intérieur même de ce discours (pouvant aussi bien y être oublié, annulé, réduit, que reconnu et consacré).

Il ne prend place de père dans la relation à l'enfant que s'il est investi comme tel par la mère.

Reste que l'enfant entre dans un système triangulaire : il n'est ni le premier ni le seul objet du désir de la mère ; le langage qu'il doit utiliser pour établir cette relation de désir à désir avec la mère, est le langage du père, représentant l'objet initial du désir de la mère :



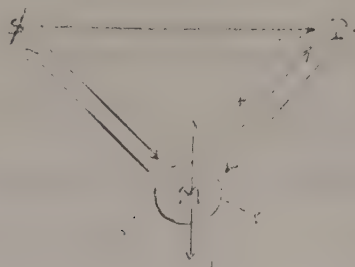
la flèche 1 représente le fait que n'étant ni le premier ni le seul objet possible du désir de la mère, le sujet ne peut la posséder totalement à lui seul (castration primaire)

Le double jeu de flèches entre le sujet, la mère et le père, tend à représenter le système de langage les unissant.

Ainsi, l'enfant se trouve placé en situation de rival de père.

Au moment de la naissance, s'établit la situation de rivalité oedipienne, rivalité ayant pour objet la place tenue respec-

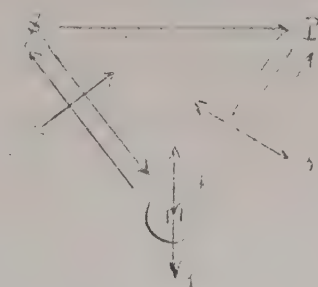
tivement par le père et par l'enfant dans le désir de la mère :



le sujet privé par sa mère de la partie P de l'objet de son désir, tente de l'atteindre par l'intermédiaire du père et de son langage. Ce qui se traduit cliniquement dans les conduites "d'identification" du garçon au père, de séduction de la fille vis à vis du père.

Il n'est donc point d'élaboration possible du sujet sans référence à la figure paternelle, au " Nom - du - Père ". Parler le langage de la mère, est parler le langage de ce père référenciel, mais c'est aussi accepter la loi de la réalité symbolique, c'est-à-dire à reconnaître sa place au père.

A noter que le terme de castration, utilisé ici, renvoie à une castration imaginaire , au vécu de contraintes imposées par cette loi de l'ordre symbolique de la réalité qui est la loi du père, comme privation des organes génitaux.



la flèche 2 marque l'impossibilité où est l'enfant d'user

d'un langage singulier, qui ne serait entendu que de sa mère et de lui. Il doit en passer par le langage du père.

La flèche 3 marque l'impossibilité où il est, même en passant par le biais de sa relation au père, même en passant par le langage du père, d'exprimer la totalité de son désir et de le réaliser.

Les psychoses sans langage : c'est-à-dire, pour CASTETS, les psychoses de l'enfant caractérisées par le défaut plus ou moins complet d'investissement des termes du langage parlé ou écrit, lié ni à un déficit neuro-moteur ni à une incapacité organique d'user de l'un ou de l'autre de ces langages.



Le sujet échappe au moins partiellement à la castration symbolique et vit avec sa mère une relation privilégiée dont le père est exclu, et sont également forclos la loi du langage, la loi de l'ordre symbolique dont il est le représentant pour la mère et pour l'enfant.

Les psychoses discordantes de l'enfant :

Pour CASTETS, elles appartiennent au groupe des schizophrénies.

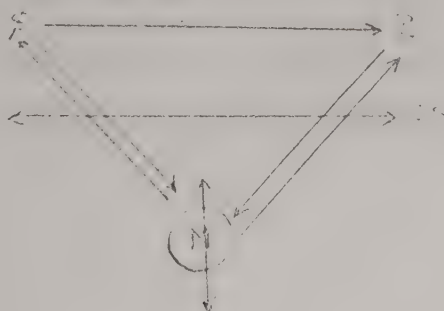
Elles sont caractérisées par une structure mentale particulière : la personnalité du sujet s'y trouve comme scindée, dissociée en fragments qui, désaccordés, jouent indépendamment dans la détermination des mouvements du sujet, chacun semblant obéir à un rythme ou à des motivations qui lui sont propres. Cette scission discordante touche la totalité de la personne.

Elles se définissent d'abord par la rupture avec l'ordre symbolique de la réalité, rupture s'accompagnant toujours de forclusion de la loi, forclusion de la castration, forclusion du " Nom-du-Père" et désintrinsication des pulsions de vie et de mort.

La place donnée au sujet par la mère est une situation d'étranger : CASTETS admet qu'elle est, quelque en soit l'origine, l'élément déterminant de la constitution d'une psychose discordante.

L'enfant discordant ne parle pas le langage de sa mère et du milieu référant de sa mère et, en conséquence, la mère ne peut plus servir de référant au désir de l'enfant.

Elle va prendre une certaine place dans le fantasme de l'enfant : place de mauvais objet ou d'objet irrémédiablement perdu



la flèche CS marque la coupure du sujet avec la mère et aussi avec ce qu'il peut acquérir, par son intermédiaire, du langage et de la loi du Père.

Les psychoses indifférenciées de l'enfant :

CASTETS les définit comme des étapes psychotiques propres à l'enfant, qui peuvent être reconnues à la présence, sur un mode ou sur un autre, des traits fondamentaux de la structure psychotique, sans que ceux-ci, faute de termes et d'articulation du langage, se spécifient ou s'organisent sur un mode particulier.

Les psychoses indifférenciées de l'enfant pourraient représenter la psychose en ce qu'elle a d'essentiel : elle y paraît dépourvue de tout l'appareil structural qui la masque et la révèle chez l'adulte.

P. AULAGNIER apporte un prolongement à l'examen des fantasmes de mères d'enfants psychotiques avec le concept de " corps imaginé de l'enfant".

"La relation mère-enfant n'attend pas l'accouchement pour exister". Ceci est à rapprocher des conceptions de WINNICOT. A partir du moment où la femme se sait enceinte, elle élabore une relation imaginaire où l'enfant lui apparaît complet, unifié, sexué et autonome : "la prégnance de cette image est

telle que, dans les premiers temps de la vie, nous la voyons se superposer à l'enfant".

AULAGNIER compare le "travail" de la grossesse au "travail du deuil" par où la mère éviterait, dans les conditions normales, de vivre l'accouchement comme un deuil, c'est-à-dire comme l'équivalent d'une perte : la présence de ce "corps imagé" permet précocément un investissement libidinal de l'enfant.

Au contraire, chez les mères psychotiques, "il semble exister une sorte d'impossibilité à toute représentation imaginaire de l'enfant à venir : la relation paraît se jouer entre la mère et cette masse à l'intérieur d'elle-même, sorte de remplissage corporel, d'organe surajouté".

Ce "corps réel" apparaît comme un simple prolongement du narcissisme maternel : c'est pourquoi l'accouchement risque d'être vécu comme une expérience de deuil, "la perte insupportable d'un objet investi narcissiquement", c'est pourquoi, également "cet investissement ne peut porter que sur ce qui, chez l'enfant, est support et moyen de la demande et au grand jamais du désir".

AULAGNIER fait lui aussi intervenir, dans la genèse de la psychose, le concept de "forclusion du Nom-du-Père" : "ce qui est narcissiquement investi au niveau de

l'embryon, c'est le signifiant toute puissance maternelle. La présence, dès ce moment, de ce seul rapport à la loi implique pour l'enfant, de la part de la mère (de l'enfant psychotique), une première castration massive : tout ce qui, dans son corps, rappelle l'apport du père est nié, annulé, et en premier lieu, tout ce qui pourrait faire souvenir qu'il est le fruit d'une union sexuelle, qu'en tant qu'être sexué, il est aussi le fils du père".

Pour Maud MANNONI, le champ de la psychopathologie est bien celui de langage même si l'enfant ne parle pas encore ; le symptôme de l'enfant n'est qu'un élément d'un discours collectif (parents-enfant-éventuel thérapeute), qui est à déchiffrer et à dénouer.

Le rôle joué par l'enfant, dans le fantasme des parents, celui de la mère surtout, est mis en relief comme facteur pathogène prévalent : c'est donc au niveau de l'inconscient maternel que la psychose est inscrite et doit être décodée.

MANNONI affirme que l'enfant, exclu d'un accès à la relation triangulaire, est voué à demeurer à la place de l'objet partiel sans pouvoir jamais assumer son unité et son identité propres.

C'est seulement au niveau du réel que la mère de l'enfant

psychotique peut dans ses agressions orales ou anales car elle retrouve son enfant comme "bouche à nourrir, anus à remplir". "L'enfant, dans la situation duelle instaurée avec la mère se présente à nous comme le seul résultat de soins et jamais comme le sujet du discours qu'il nous tient".

- VI -

CONCLUSIONS .

L'historique de l'étude du concept de psychose infantile montre que les différents points de vue reflètent le mouvement des idées de l'époque étudiée :

- pendant tout le XIXe siècle et le début du XXe siècle, les psychoses de l'enfant ont été confondues :

- tantôt dans les déficiences intellectuelles ou les troubles du caractère, et prises en charge par des enseignants ou des éducateurs, dans des structures non médicales.

- tantôt dans les états d'idiotie et de démence observés dans les structures asilaires.

- la description par KRAEPELIN de la démence précoce puis l'individualisation, chez l'enfant, d'une démence précocissime, met en relief des signes calqués sur la pathologie de l'adulte.

- le concept Bleulérien de dissociation marque une nouvelle étape mais n'influence pas de façon notable l'étude de l'enfant pathologique toujours ~~enfin~~ figée dans une clinique adulte.

- entre 1930 et 1940, en dépit des imperfections de l'approche clinique, la notion de schizophrénie infantile va cependant émerger du cadre imprécis des démences infantiles.

Ce courant est illustré par les travaux de POTTER aux USA, de TRAMER, LUTZ, HEUYER et CORBOZ en Europe. Pour ces auteurs, la schizophrénie de l'enfant est une maladie chronique, évoluant vers la pseudo-démence, qui avant d'atteindre le stade déficitaire, perturbe dans son ensemble les relations du sujet avec autrui.

Les symptômes initiaux ne sont pas pathognomoniques, ce qui justifie une longue observation avant de poser un diagnostic.

- le courant moderne, perceptible dès les travaux de Louise DESPERT EN 1937, attribuera à la psychanalyse, ou du moins à l'orientation psychanalytique, une place essentielle permettant l'avènement et l'essor de nouveaux concepts. Mais le problème se posera alors de maintenir la psychose infantile dans un cadre suffisamment cohérent pour la situer, de façon précise, par rapport aux autres structures pathologiques évolutives de l'enfance.

Pour SHURMANS (1952) "que l'on se base sur l'anamnèse, l'anatomo-physiologie, les formes cliniques, le type évolutif, il est impossible de définir des entités distinctes, des étiologies précises".

L'avènement de concepts marginaux, tels ceux de "BORDERLINE", enfants atypiques, prépsychoses, dyharmonie évolutive, met en évidence le souci de conserver à la psychose infantile, son individualité sans l'enfermer dans des cadres rigides, mais laisse entier le problème de la délimitation précise

du groupe des psychoses et celui des potentialités évolutives.

Se dégagent actuellement, deux points fondamentaux :

- toute tentative d'analyse purement symptomatique et tout essai de dégager des signes pathognomoniques sont voués à l'échec.

- les différentes formes cliniques paraissent conditionnées par l'âge d'apparition des premiers troubles.

En même temps que l'élargissement^e du concept de psychose infantile, apparaissent des bouleversements, successifs ou contemporains, dans la notion d'étiopathogénie de la psychose de l'enfant :

- certains auteurs essaient de délimiter une atteinte primaire du système nerveux : pour KRAEPELIN, la démence précoce est due à un trouble métabolique ; pour BLEULER, les signes primaires traduisent un état pathologique du système nerveux ; pour HEUYER, "la schizophrénie rentre de plus en plus dans le cadre des maladies héréditaires". Dans une perspective analogue, MICHAUX et DUCHE écrivent que "l'enfant schizophrène a hérité d'une vulnérabilité génétiquement déterminée".

L. BENDER parle "d'une hérédité de vulnérabilité et d'impossibilité à compenser".

Jusqu'à nos jours, aucune preuve formelle de la transmissibilité de la psychose n'a été apportée.

Les partisans de l'origine génétique pensent qu'il s'agit d'une entité polygénique, ce qui expliquerait l'impossibilité actuelle d'en trouver un modèle simple, récessif ou dominant, ou lié au sexe.

DIVERS auteurs ont abordé cette théorie d'atteinte primaire du système nerveux dans une perspective neurophysiologique, à la suite de GOLDSTEIN qui postule l'existence d'un trouble général se situant dans le domaine de l'apprentissage, avec la conséquence d'un défaut d'harmonie (adequacy) entre les capacités du sujet et l'exigence du milieu.

Ainsi certaines théories admettent l'existence d'un trouble de base d'origine physiologique portant sur la perception ou l'intégration de stimuli auditifs, visuels, ou même ~~olfactifs~~ olfactifs (GOLFARB, ANTHONY, SCHOPLER, PRONOVOST, BERGMAN, ESCALONA, RUTTER et WING, RIMLAND et HUTT). Ces théories ont plus particulièrement pour but d'expliquer l'autisme infantile.

- devant l'échec d'une explication purement organiciste, la psychogénèse est entrée en lice.

L. DESPERT, en 1937, aux USA, met la première, l'accent sur le vécu de ces enfants et place le concept affectif au centre de la maladie. en 1951, elle admet que la psychose infantile peut être créée par la perturbation de la relation affective entre la mère et le nourrisson.

Entre temps, KANNER, en 1942, attribue l'autisme infantile

à la froideur affective et au caractère obsessionnel des parents, mais admettra que l'autisme n'est pas uniquement un désordre psychogénique parlant de perturbation innée du contact affectif.

B. BETTELHEIM insistera, quant à lui, sur l'interprétation correcte par l'enfant des affects négatifs avec lesquels les personnages les plus significatifs de son entourage l'approchent. L'auteur propose, en particulier, de considérer l'autisme infantile comme un état mental se développant en réaction au sentiment de vivre une situation extrême et dénuée de tout espoir, chaque enfant autiste ayant sa façon propre de s'accommoder de son besoin de vivre en dehors de la causalité.

L'école Freudienne de Paris accorde une grande importance au facteur psychogène : l'enfant est psychotique non parce qu'il a une lésion cérébrale ou un trouble organique, mais parce qu'il apparaît psychotique dans le langage conscient et inconscient de la mère.

- des théorie mixtes ont également vu le jour. Les unes à prédominance psychogénique : ainsi, l'Ecole Psychanalytique de Paris ne nie pas la possibilité d'une participation du terrain mais met l'accent sur la perturbation de la relation objectale.

Les autres à prédominance organiciste : telle L. BENDER qui fait de la schizophrénie infantile, le résultat d'une encéphalopathie diffuse héréditaire ayant pour conséquence les difficultés de l'enfant à se percevoir comme sujet autonome aux limites corporelles précises et à établir des rapports

avec autrui.

Nombreuses furent et sont les théories sur l'origine de la psychose infantile. RUTTER en a établi la liste :

- 1 - variétés spéciales d'une insuffisance mentale
- 2 - forme précoce de la schizophrénie adulte
- 3 - maladie d'origine psychogène
- 4 - maladie d'origine génétique
- 5 - résultat d'un mauvais conditionnement
- 6 - résultat d'un trouble mental profond
- 7 - syndrome résultant d'une lésion cérébrale
- 8 - anormalité de l'évolution physiologique
- 9 - résultats des anomalies du langage et d'autres anomalies perceptives.

Au terme de cette étude, il ne surprendra pas que nous ne proposons ni définition de la psychose, ni classification clinique, ni théorie étiologique. Notre propos n'était d'ailleurs qu'une recherche, à visée historique, de l'évolution du concept de psychose chez l'enfant.

Mais il convient, cependant, de mettre l'accent sur le

dépistage précoce des anomalies psychiques grâce à l'importance de la surveillance du développement affectif de l'enfant dans son milieu et grâce à son milieu ; et sur la nécessité, d'autre part, de mettre en oeuvre des thérapeutiques, à visée biologique ou psychothérapique, devant une dyharmonie du développement avant le passage à une psychose confirmée.

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - AJURIAGUERRA J. de - Manuel de psychiatrie de l'enfant - ed. Masson, 1974, 1089 p.
- 2 - AJURIAGUERRA J. de, DIATKINE R., KALMANSON D. - Les troubles du développement du langage au cours des états psychotiques précoces - La Psychiatrie de l'Enfant, 1952, 2, 1, pp 1-65.
- 3 - AMADO G. - Les états psychotiques du début de l'âge scolaire à la prépuberté - Confrontations psychiatriques, 1969, 3, pp 75 - 95.
- 4 - AMAR M. - Essais sur l'évolution de la nosographie des psychoses infantiles - Thèse Bordeaux, 1965, 563 p.
- 5 - Analyse des Congrès - Journées d'études sur les psychoses de l'enfant - Paris, 21-22 octobre 1967 - Lyon Médical, 1968, 99, 3, pp 207 - 211.
- 6 - ANTHONY - An aetiological approach to the diagnosis of psychoses in childhood - Acta paedopsychiatrica, 1958, 1-2, pp 89-96.
- 7 - AUBIN H., MESTAS C, CLAVEIROLE C - Les schizophrénies infantiles - Revue de neuropsychiatrie infantile, 1956, 4, 11-12, pp 273-389.
- 8 - AUBRY J - La carence des soins maternels - Paris, ed. de la Parole, 1965, 253 p.
- 9 - AULAGNIER P - Remarques sur la structure psychotique - Revue de psychanalyse, 1964, 8, pp 47-67.

- 10 - AUTISME (L') des enfants - Pro Infirmis, Zürich, 1965, 24, 6, pp 181-208.
- 11 - BATESON G , JACKSON DD , HALEY J , WEAKLAND J - Towards a theory of schizophrenia - Behaviour Science, 1956, 1 , pp 251-264.
- 12 - BEAUJARD M - Arriération mentale et psychose de l'enfant - Santé Mentale de l'Enfance et de l'Adolescence, Lyon 1966.
- 13 - BEAUJARD M - Les schizophrénies infantiles (exposé de quelques travaux américains contemporains) - Annales Médico-Psychologiques, 1958, 1, 5, pp 783-804.
- 14 - BELEY A - Définition, critères et limites de l'actuelle schizophrénie - VIè rapport de la séance du 28 avril 1958 de la Société médico-psychologique - Annales médico-psychologiques, Paris 1958, 116, 5, pp 899-906.
- 15 - BENDER L - Childhood schiizophrenia : a review - Intern J. of Psychiatry, USA 1968 - 5, 3, pp 211-220.
- 16 - BENDER L - Autism in children with mental deficiency - American Journal of Mental Deficiency, 1959, 63, pp 81-86.
- 17 - BENDER L - Twenty years of clinical research on schizophrenic children, with special reference to those under six years of age - in Emotional Problems of Early childhood, Ed. G. Caplan, New-York, Basic Books, 1955.
- 18 - BENDER L - Schizophrénie infantile; étude clinique de 100 enfants schizophrènes - American J. of Orthopsychiatry, Janv. 1947, 17, pp 40-56.
- 19 - BENDER L - The concept of plasticity in childhood schizophrenia - Proc. Amer. Psycho path. Ass. , 1966, 54, pp 354-365.
- 20 - BENDER L - Genesis in schizophrenia during childhood - Revue de Psychiatrie infantile, Bâle, 1958, 25, 1-2, pp 101-107.

- 21 - BENDER L - Childhood schizophrenia - Psychiatric Quarterly, 1953, pp 663-681.
- 22 - BERK J, REDLER L - Etude pluridimensionnelle de la famille du schizophrène - Recherches, décembre 1968, pp 267-275.
- 23 - BETTELHEIM B - L'autisme infantile et son traitement - Semaine des Hopitaux, 1967, 43, 16, pp 14-16.
- 24 - BETTELHEIM B - La forteresse vide - Connaissance de l'inconscient - Ed. Gallimard, 1967, 585 p.
- 25 - BEUCHERM - Schizophrénie infantile - Forme démentielle simple - Rev. Neuropsychiatr. Infant. Hyg. Mentale Enfance, 1960, 8, 3-4, pp 119-128.
- 26 - BLEULER E - Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien - Traité d'Aschaffenburg, Leipzig et Vienne, 1911, trad. H. Ey, 1926.
- 27 - BOLLEA G - La schizophrénie infantile - Mémoire d'Assistant à titre étranger, Paris 1951.
- 28 - BOLLEA G - La schizophrénie infantile - Infanzia Anormale, 1954, 7, pp 437-475.
- 29 - BONACCORSI MT - Un cas de psychose infantile - Rev. Neuropsychiatr. Infant. Hyg. Mentale Enfance, 1968, 16, 9, pp 709-714.
- 30 - BORELLI M - Particularités du langage dans différents types de dysharmonies évolutives - Revue Neuropsychiatr. Infant. Hyg. Mentale Enfance, 1968, 16, 7-8, pp 587-594.
- 31 - BOUCHARLAT J, CHATEAU R, WOLF R, NAVEAU C - Psychose et débilité mentale chez l'enfant, Congrès de Psych. et de Neurol. de langue française, LXVII^e session, Bruxelles 1969, pp 309-316, Ed. Masson.
- 32 - BOURDIER P - Les parents des schizophrènes - La Psychiatrie de l'Enfant, 1959, 2, 1, pp 242-254.

- 33 - CANONNE A - Contribution à l'étude des relations entre l'arriération mentale et les psychoses infantiles (à propos de 8 observations) - Thèse Angers 1972, 87 p.
- 34 - CASTETS B - L'enfant fou - Collection Pédagogie Psycho-sociale - Ed. Fleurus, 239 p., 4943
- 35 - CASTETS B - Psychose de l'enfant et structure psychotique - Recherches, 1967, n° spécial, pp 97-114.
- 36 - CASTETS B - L'enfant nounours - (L'enfant comme objet transitionnel - Remarques sur les arriérations mentales secondaires aux psychoses précoces de l'enfant) - Ann. Médico-psychol., 1966, 1, 5, pp 649-676.
- 37 - DANON - BOILEAU H, LAB P, LEVY E , PERAUD - A propos d'un type particulier de pères de schizophrènes, les pères-mères de shizophrènes - Rev. Neuropsychiatr. Infant. Hyg. Mentale Enfance, 1965, 13, 10-11, pp 805-812.
- 38 - DELAGE J - Etude critique de la schizophrénie infantile - Laval Médical, 1960, 30, 4, pp 496-561; 1960, 30, 5, pp 652-698.
- 39 - DEMANGEAT M, BARGUES JF - Les conditions familiales du développement de la schizophrénie - Congrès de Psych. et de Neurol. de langue française, LXXè session, Tunis 1972, Ed. Masson.
- 40 - DEREUX J, ERNST J, CHOTEAU P - Réflexions à propos de 4 cas de psychose infantile - Journal des Sciences médicales de Lille, 1966, 84, pp 325-340.
- 41 - DESPERT L - Critères diagnostics of schizophrenia and psychoses in infancy and early childhood - Amer. J. of Psychiatry, 1958, 114, 9, pp 784-790.
- 42 - DESPERT L - Some considerations relating to the genesis of autistic behavior in children - Amer. J. of Ortho - psychiatry, 1951, 21, pp 335-350.

- 43 - DESPERT JL - Schizophrénia in children - Psychiatric Quaterly, 1938, 12, pp 366-371 et Evolution Psychiatrique, 1958, pp 217-322.
- 44 - DESPERT, SHERWIN - Further examination of diagnostic criteria in schizophrenia illness and psychoses of infancy and early childhood - Amer. J. of Psychiatry, Baltimore, 1958, 114, 9, pp 784-790.
- 45 - DIATKINE R, STEIN C - Les psychoses de l'enfant - L'Evolution Psychiatrique, 1958, 2, pp 277-322.
- 46 - DIATKINE R, STEIN C, KALMANSON D - Psychoses infantiles - Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie, 1959, 2, 37299 M¹⁰, pp 1-13.
- 47 - DIERKENS - DOPCHIE N, BEECKMANS - BALLE M - Considérations sur un cas de psychose infantile - Acta Paediatrica Belgica, 1965, 19, pp 89-97.
- 48 - DOPCHIE N - Approche thérapeutique des psychoses infantiles - Congrès de Neurol. et de Psychiat. de langue française, LXVII^e session, Bruxelles, 1969, pp 194-270, Ed. Masson.
- 49 - DUCHE DJ - Psychoses infantiles - In Journée parisienne de Pédiatrie, 1967, 14-15, pp 61-75, Ed. Méd. Flammarion.
- 50 - DUCHE DJ - Les formes cliniques des déficiences mentales et leur classification - La Revue du Prat., 1966, 16, 17, pp 2343-2350.
- 51 - DUCHE DJ, STORK H, TOMKIEWICZ S - Les psychoses infantiles - Congrès de Psych. et de Neurol. de langue française, LXVII^e session, Bruxelles 1969, pp 74-190, Ed. Masson.
- 52 - DUCHE DJ - La conception organogénétique des psychoses infantiles - Problématique de la psychose - Excerpta med. found., 1969, 1, pp 169-179.

- 53 - DUCHE DJ - Evolution des idées sur les psychoses infantiles et l'autisme infantile - Revue du Prat, 1970, 20, 23, pp 3449-3463.
- 54 - DUMEZIL C - Petit propos préalable à l'étude clinique des psychoses infantiles - Recherches, Paris, 1967, n° spécial, pp 115-118.
- 55 - DURANTON P - La Schizophrénie infantile - Thèse Paris 1953.
- 56 - ECK M - Neuropsychiatrie Infantile - Ed. Baillière 1973, 617 p.
- 57 - EISENBERG L, KANNERL - Early infantile autism (1943-1955) - Amer. J. of Orthopsychiatry, 1956, 26, pp 556-566.
- 58 - Enfance aliénée (I) - Recherches, Paris, Septembre 1967, n° spécial.
- 59 - Enfance aliénée (II) - L'enfant, la psychose et l'institution - Recherches, Paris, Décembre 1968, n° spécial.
- 60 - Enfant (L') atteint de psychose - Infirm. Canad., 1965, 61, pp 745.
- 61 - ERNST J , CHOTEAU Ph - Intérêt de l'observation continue en IMP de la "débilité atypique" dans la nosologie des psychoses infantiles - Congrès de Psych. et de Neurol. de langue française, LXVIIè session, Bruxelles 1969, pp 317-334, Ed. Masson.
- 62 - EVRARD A - Un cas de schizophrénie infantile - Acta Paedopsychiatrica, Bâle, 1967, 34, 10-12, pp 376-378.
- 63 - EVRARD A - La schizophrénie infantile - Revue de Psychiatrie Infantile, Basel, 1958, 25, 1-2, pp 97-100.
- 64 - FAURE J - De l'arriération à la folie (l'enfant arriéré autistique) - Recherches, Paris, sept. 1967, n° spécial, pp 25-31.

- 65 - FREUD A - Le moi et les mécanismes de défense - PUF 1949, 166 p .
- 66 - FREUD A - Le Normal et la Pathologique chez l'enfant - Ed. Gallimard, 1968, 212 p .
- 67 - GARRONE - Etude statistique et génétique de la schizophrénie à Genève, 1901 - 1950 - Journal de Génétique humaine, Genève 1962, 11, 2, n° spécial, pp 91-219.
- 68 - GREEN A - Le milieu familial des schizophrènes (Etude psychopathologique des parents de schizophrènes) - Thèse Paris 1957, 244 p .
- 69 - GREEN A - La nosographie psychanalytique des psychoses - Problématique de la psychose - Excerpt. med. found. , 1969, 1, pp 79-96.
- 70 - HENRY J - L'observation naturaliste des familles d'enfants psychotiques - La Psychiatrie de l'Enfant, 1961, 4, 1, pp 65-201.
- 71 - HEUYER G - Introduction à la notion de démence en psychiatrie infantile - Rev. Neuropsychiatr. Inf. Hyg. Mentale Enfance, 1960, 8, 2-3, pp 83-88.
- 72 - HEUYER G - Evolution schizophrénique de certaines arriérations mentales, aspects clinique, psychologique, et conditionnement électro-encephalographique - Pédiatrie, Lyon, 1958, 13, 2, pp 239.
- 73 - HEUYER G , DURANTON P - La schizophrénie de l'enfant (conception médicale des démences de l'enfant) - IIè Congrès International de Psychiatrie de Zürich, 1957, 4, pp 135-137.
- 74 - HEUYER G , DUBLINEAU J , CHABERT J. DE - Les démences infantiles - Archives Internationales de Neurologie, 1934, 53, 9, pp 459-498; 53, 10, pp 521-560.

- 75 - KANNER L - Infantile autism and the schizophrénies - Behav. Sci., 1965, 10, pp 412-420.
- 76 - KANNER L - History and present status of childhood schizophrenia in the U.S.A. - Rev. de Psych. infant. , Bâle, 1958, 25, 3, pp 138-149.
- 77 - KANNER L - The specificity of early infantile autism - Rev. de Psych. infant., Bâle, 1958, 25, 1-2, pp 108-113.
- 78 - KLEIN M - La psychanalyse des enfants, Paris, PUF 1959.
- 79 - KLEIN M - Envie et gratitude et autres essais - Ed. Gallimard, 1968, 230 p .
- 80 - KOHLER C , PORTES R - Etats psychotiques et arriération mentale chez le jeune enfant - Congrès de Psych. et de Neurol. de langue française, LXVIII^e session, Bruxelles 1969, pp 297-308.
- 81 - KOUPERNIK C - L'autisme infantile - Revue du Prat., 1970, 20, 23, pp 3465-3476.
- 82 - KOUPERNIK C - Frontières de la schizophrénie infantile - Rev. Neuropsych. Infant. Hyg. Mentale Enfance, 1960, 8, 3-4, pp 129-133.
- 83 - KOUPERNIK C , EISENBERG L - Réflexions sur l'autisme infantile (1943- 1969) - Confront. Psychiatr. , 1969, 3, pp 31-55.
- 84 - KRAEPELIN E - Traité de psychiatrie, John Ambros. Barth, éd. Leipzig, 1915.
- 85 - LANDRY - Contribution à l'étude du diagnostic des psychoses infantiles à forme schizophrénique - Thèse Paris, 1959, 108 p
- 86 - LANG JL , SHENTOUB V - Les schizophrénies infantiles : anamnèse et mode de début - II^e Congrès Intern. de Psych. et de Neurol. de langue française, Zürich 1957, pp 137-146.

- 87 - LANG JL - Psychoses infantiles à expression déficitaire et "arriération - psychose" - Confrontations psych., 1969, 3, pp 119-140.
- 88 - LANG JL - Sémiologie des mécanismes de défense dans les psychoses de l'enfant - In Journée nationale de Pédopsychiatrie 1967, Paris, Expansion Scientifique Française, 1967, pp 15-18.
- 89 - LANG JL - Arriération et psychose - Laval Médical, 1967, 38, 1, pp 3-15.
- 90 - LANG JL - Premiers résultats d'une étude de 20 cas soulevant le diagnostic de schizophrénie infantile - Recherche des antécédents - Rev. Neuropsychiat. Infant. Hyg. Mentale Enfance, 1956, 4, 11-12, pp 459-471.
- 91 - LANG JL - Le problème nosologique des relations entre structure psychotique et structure déficitaire (psychoses à expression déficitaire et "arriération - psychose") - Problématique de la psychose - Excerpt. med. found, 1969, 1, pp 97-115.
- 92 - LAROCHE J - Les idées délirantes de l'enfant - Psych. Enf., 1961, 4, 1, pp 1-63.
- 93 - LAUNAY C , RAUZY A - Psychoses de la période de latence : aspects cliniques - Confront. psychiat., 1969, 3, pp 57-73.
- 94 - LEBOVICI S - La relation objectale chez l'enfant - La Psychiatrie de l'Enfant, 1960, 3, 1.
- 95 - LEBOVICI S - Contribution à l'étude nosologique et psychopathologique de la schizophrénie infantile - L'Evol. psychiatrique, 1949, 3, pp 329-352.
- 96 - LEBOVICI S - A propos de quelques ouvrages récents sur les psychoses de l'enfance - La Psychiatrie de l'enfant, 1971, 14, 1, pp 311-334.

- 97 - LEOVICI S - Les démences chez l'enfant - Psychologie sociale de l'enfant - CIE, 1951, pp 159-167.
- 98 - LEOVICI S , MAC DOUGALL J - Un cas de psychose infantile - Etude psychanalytique, 1960, Paris PUF, 487 p .
- 99 - LEOVICI S , DIATKINE R - Essai d'approche de la notion de prépsychose en psychiatrie infantile - Bull. Psychol., 1963, 17, 1.
- 100 - LEOVICI S - L'enfant psychotique devenu adulte - Problématique de la psychose - Excerpt. med. found., 1969, 1, pp 140-153.
- 101 - LECHEVALLIER B H - L'évolution de la schizophrénie infantile, étude de 70 cas observés à la clinique de neuropsychiatrie infantile entre 1954 et 1964 - Thèse Paris 1966, 273 p.
- 102 - LECUYER R - Diagnostic différentiel entre arriération mentale et psychose chez l'enfant - Rev. Neuropsychiatr. Infant. Hyg. Mentale Enfance, 1967, 15, 1-2, pp 1-12.
- 103 - LEFORT R , LEFORT Rosine - L'Oedipe et la psychose - L'Information Psychiatrique, 1967, 8, pp 1027-1036.
- 104 - LESTANG-GAULTIER E , DUCHE D.J. - Contribution à l'étude du diagnostic et de l'évolution des psychoses infantiles - Enfants de moins de sept ans - Revue Neuropsychiatrique Infant. Hyg. Mentale Enfance, 1967, 15, 1-2, pp 19-49.
- 105 - LESTANG-GAULTIER E. Mme - Contribution à l'étude du diagnostic et de l'évolution des psychoses infantiles (enfants âgés de moins de sept ans). Thèse Paris, 1966, 80 p.
- 106 - MAHLER M S , FURER M - Development of symbiosis symbiotic psychosis and the nature of separation anxiety. Remarks on weilands paper - Int. J. Psychanal., 1966, 47, 4, pp 559-560.

- 107 - MAHLER M S. - On early infantile psychosis - The symbiotic and autistic syndromes - J. of the American Academy of Child Psychiatry, 1965, 4, pp 554-568.
- 108 - MAHLER M S. - Autism and symbiosis, two extreme disturbances of identity - Intern. J. of Psychoanalysis, 1958, pp 77-83.
- 109 - MAHLER M S. - On child psychosis in schizophrenia autistic and symbiotic psychosis - Psychoanalytic Study of the Child, New-York, 1952, 7, pp 286-305.
- 110 - MAHLER M S. - Thoughts about development and individuation - Psychan. Stud. Child., 1963, 18, pp 307-324.
- 111 - MAHLER M S. - Perturbance of symbiosis and individuation in the development of the psychotic Ego - Excerpt. Med. Found, 1969, pp 188-196.
- 112 - MAHLER M S. , ELKISCH - Some observations on disturbance of the Ego in a case of infantile psychosis - Psychan. Stud. Child.; 1953, 8, pp 252-261.
- 113 - MAHLER M S. , FURER M - Observation on research regarding the "symbiotic syndrome" of infantile psychosis - Psych. quart. , 1960, 29, pp 317-327.
- 114 - MAHLER M S. , FURER M - Certain aspects of the separation - Individuation phase - Psych. Quart. , 1963, 32, p 1-14.
- 115 - MAHLER M S. , SETTLAGE - Severe emotional disturbance in childhood : psychosis - In Amer. Handbook Psy., 1959, 1, p. 816-839.
- 116 - MAHLER M S. , GOSLINER - On symbiotic child psychosis: genetic dynamic and restitutive aspects - Psychan. Stud. Child. , 1955, 10, pp 195-211.
- 117 - MAHLER M S. , ROSS , de FRIES - Clinical studies in benign and malignant cases of childhood psychosis - Amer. J. Orthopsych. , 1949, 19, pp 249-304.

- 118 - MANNONI M - La psychothérapie des psychoses chez l'enfant - Recherches, Paris, 1967, n° spécial Enfance Aliénée, pp 47-66.
- 119 - MANNONI M - L'enfant arriéré et sa mère - Etude psychanalytique, Paris, Ed. du Seuil, 1964, 191 p.
- 120 - MANNONI M - L'enfant, sa "maladie" et les autres - Paris, Ed. du Seuil, 1967, 252 p.
- 121 - MARCHAND L , PFITZENMEYER J , PFITZENMEYER Mme - A propos d'un cas de schizophrénie chronique type démence précoce - Ann. méd. psychol., Paris, 1968, 1, 2, pp 244-248.
- 122 - MESTAS - Les états pré-schizophréniques, à propos de deux observations - Rev. Neuropsychiatr. Infant. Hyg. Mentale Enfance, 1960, 8, 9-10, pp 433-434.
- 123 - MESTAS - Importance des facteurs psycho-affectifs dans la genèse de la schizophrénie infantile - La Semaine des Hopitaux, 1959, 35, 11, pp 900-902.
- 124 - MICHAUX L. et Coll. - Les schizophrénies infantiles - In Psychiatrie, Ed. Flammarion, 1965.
- 125 - MICHAUX L - Les difficultés du diagnostic de démence infantile - Rev. Neuropsychiatr. Infant. Hyg. Mentale Enfance, 1960, 8, 2-3, pp 89-93.
- 126 - MICHAUX L - Etapes de l'acquisition du langage chez un schizophrène - Rev. Neuropsychiatr. Infant. Hyg. Mentale Enfance, 1960, 8, 2-3, pp 34-36.
- 127 - MICHAUX L , DUCHE D.J. - Schizophrénies infantiles - La Revue du Prat., 1965, 15, 25, pp 3295-3309.
- 128 - MICHAUX L , DUCHE D.J. , STEIN C - Difficulté de la discrimination d'une démence précocissime et d'une arriération mentale A propos d'une observation - Rev. Neuropsychiatr. Infant. Hyg. Mentale Enfance, 1956, 4, 11-12, pp 397-401.

- 129 - MINKOWSKI E - A propos de la schizophrénie infantile -
Ann. Médico-Psychol., 1949.
- 130 - MISES R - Problèmes nosologiques posés par les psychoses
de l'enfant - La Psychiatrie de l'Enfant, 1968, 11, 2.
- 131 - MISES R - Origines et évolution du concept de psychose
chez l'enfant - Confront. Psychiatr., 1959, pp 9-29, n° 3.
- 132 - MISES R , MONIOT M - Les psychoses de l'enfant - Encyclo-
pédie Médico-chirurgicale, Psychiatrie, 1970, 37299, M¹⁰
14 p, M²⁰ 20 p, M³⁰ 4 p.
- 133 - MISES R - Le concept de psychose chez l'enfant - L'Evol.
Psychiatr., 1966, 4, pp 741-766.
- 134 - MISES R , BARANDE I - Les états déficitaires dysharmoniques
graves - La Psych. de l'Enfant, 1963, 6, 1, pp 1-78.
- 135 - MISES R - Preschizophrénie et schizophrénie infantile -
Revue de Médecine, 1964, pp 805.
- 136 - MISES R , HORASSIUS - Les dysharmonies évolutives précoces
de structure psychotique - Rev. Neuropsych. Infant. Hyg.
Mentale Enfance, 1973, 12, pp 755-765.
- 137 - POTTER - Schizophrenia in children - Amer. J. Psych., 1933,
89, pp 1253-1270.
- 138 - PSYCHOSES (LES) INFANTILES - Rev. Neuropsychiatr. Infant.
Hyg. Mentale Enfance , 1967, 15, 1-2, n° spécial.
- 139 - RIMLAND B - On the objective diagnosis of infantile autism -
Acta Paedopsychiatrica, 1968, 35, 4-8, pp 146-160.
- 140 - ROSOLATO G - Signification de l'Oedipe et des fixations
prégénitales pour la compréhension de la psychose - Problé-
matique de la psychose - Excerpt. med. found., 1969, 1, p
115-129.

- 141 - RUTTERM - Concepts of autism : a review of research -
J. of Child Psychology and Psychiatry, 1968, 9, 1, pp 1-25.
- 142 - SANCTE DE SANCTIS - Dementia precossima^{ci} - Folio Neurobiolog,
oct. 1908.
- 143 - DE SANCTIS C , BOLLEA G - Le diagnostic differentiel entre
la demencia precocissima et la schizophrénie infantile -
Rev. de Psych. infantile, Bâle, 1958, 25, 4, pp 169-177.
- 144 - Schizophrénie (La) Infantile - Acta Paedopsychiatrica, Bâle,
1967, 34, 10-12, n° spécial.
- 145 - SICHEL J P - Les psychoses infantiles - La france médicale,
1968, 5, pp 217-227.
- 146 - SPITZ R.A. - La première année de la vie de l'enfant -
Genèse des premières relations objectales, Paris, PUF 1963,
152 p .
- 147 - SPITZ R.A. - De la naissance à la parole - La première
année de la vie - Paris PUF 1968, 310 p.
- 148 - STORK H - Problèmes diagnostiques posés par les psychoses
au cours des arriérations mentales chez le jeune enfant -
Thèse Paris 1967, 108 p.
- 149 - STEIN C - Les débuts de la schizophrénie (théories classiques
et données de la clinique infantile) - Evol. Psychiatr., 1954,
4, pp 721-750.
- 150 - 3è Symposium de l'Union Européenne des Pédopsychiatres,
Zürich, 4-6 sept. 1957 - Schizophrénie infantile et juvénile -
Revue de Psychiatrie infantile, 1958, 3, n° spécial, pp 137-
160 ; 4 , n° spécial, pp 169-198 ; 5 , pp 226-238.
- 151 - TRAMER - Mes expériences sur la schizophrénie infantile -
Revue de Psychiatrie infantile, Bâle, 1959, 26, 3, pp 86-88.

- 152 - USCHAKOW G.K. - Clinique de la schizophrénie : contribution à l'étude des stéréotypes de développement de la psychose chez les enfants et les adolescents - La Psychiatrie de l'Enfant, 1965, 8, 1, pp 1-56.
- 153 - VELIN J , DUGAS M , GUEROT C - Semiologie clinique des psychoses chez l'enfant - Revue du Prat, 1970, 20, 23, pp 3499-3504.
- 154 - WEIGANDT W - Dementia praecocissima und Dementia infantilis - Med. Welt , 1933, 7.
- 155 - WINNICOT D W - De la Pédiatrie à la Psychanalyse - Petite bibliothèque Payot , 1975, 369 p.
- 156 - WINNICOT D W - La schizophrénie infantile en termes d'échec d'adaptation - Recherches, décembre 1968, pp 27-31.
- 157 - WINNICOT D W - Processus de maturation chez l'enfant - Petite bibliothèque Payot.
- 158 - WINNICOT D W - L'enfant et sa famille - Petite bibliothèque Payot.
- 159 - WINNICOT D W - L'enfant et le monde extérieur - Petite bibliothèque Payot.
- 160 - ZAPPERT J - Démence de Heller - Journal de Psychiatrie, 1938, 6, pp 161.
-

"Par délibération de son conseil en date du 10 novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs".

VU, le Président de Thèse,

VU, le Doyen de la Faculté,

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université en
date du 14 décembre 1973

Le Président de l'Université de CAEN,

